

มหาวิทยาลัย สำนักงานเขตหนองจอก
เลขรับที่ 1012
วันที่ 17 พ.ค. 2567
เวลา

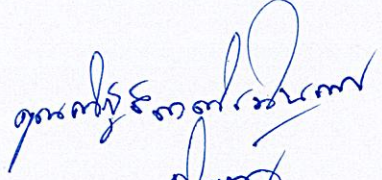
ที่ กท ๕๕๐๑/
เรียน หัวหน้าฝ่าย ลูกชาย

- สำเนาถูกต้องเพื่อโปรดทราบ
- และดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง
- โปรดแจ้งฝ่ายปกครอง ภายในวันที่

๑๖๖๒


๑๒:๑๑:๐๐ คค. ประจำ ทค. ถูกส่ง
ซึ่งตรงกับสิ่งที่ตกลงเอกสาร
ในคำขอเอาไป: คค.๒๓ พร้อมหนังสือ
เล่าประวัติในสิ่งที่ คค. ลิดทำเอกสาร
ในรูปเล่ม Excel ส่งไป
ฝ่ายปกครอง ทค. ในวันที่
7 มิถุนายน ๒๕๖๗ หรือ
ถ้าไปปกครองอีกได้ คงจะส่ง
เอกสารตอน: ดำเนินการส่งไป
จะมีท.ท. หรืออื่น ๆ คค.
ส่งกับ ท.ท. หรืออื่น ๆ ไป
วันที่ 9 มิถุนายน ๒๕๖๗ หรือ
เคยส่งหรือไปส่งไป ๑๒๐๐
๑๒๐๐ ดูนัดส่งไป คค. เหม่หม่
อยู่ติดกันส่งไป ไม่ ตามนัด
เอกสารนี้ สำเนาด้วย

(นายธนกร คำป้อง)
เจ้าหน้าที่งานปกครอง สำนักงานเขตหนองจอก


(นายพิชัย คงมา)
นักวิชาการศึกษานโยบายพิเศษ
หัวหน้าฝ่ายการศึกษา สำนักงานเขตหนองจอก

ที่ กท ๕๕๐๑ / ๑๕๕๕ คว. 17 พ.ค. 67
เรียน ผู้อำนวยการสถานศึกษาโรงเรียน สังกัด สนบ.หนองจอก
เพื่อโปรดทราบ
และโปรดดำเนินการ ดังนี้

1. แจ้งลูกจ้างประจำ และ ลูกจ้างชั่วคราว
ในสังกัด กรอก "ใบคำขอเอาประกันภัย
กลุ่มสำหรับสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย
(ชนิดไม่มีค่าตามสุขภาพ)" ตามตัวอย่าง
การกรอกที่ส่งมาพร้อมนี้
2. จากข้อ 1. กรอกเฉพาะ ลูกจ้างรายใหม่
ที่ยังไม่เคยกรอก ส่วนรายเก่าที่เคย
กรอกแล้ว ไม่ต้องกรอกใหม่ โดยจะได้รับ
การต่อให้อัตโนมัติ
3. ส่งเอกสารข้อ 1. ถึงฝ่ายการศึกษา
ภายในวันพุธ ที่ 29 พฤษภาคม 2567


(นางสาวจิตาภา ประมวล)
เจ้าหน้าที่งานธุรการสำนักงาน
วิชาการในตำแหน่ง หัวหน้าฝ่ายการศึกษา
สำนักงานเขตหนองจอก



บันทึกข้อความ

สำนักการเจ้าหน้าที่
 7203
 วันที่ 10 พ.ค. 2567
 เวลา 14.42

ส่วนราชการ สำนักงานการเจ้าหน้าที่ (กลุ่มงานการลูกจ้าง โทร.๐ ๒๒๒๔ ๓๐๓๓ หรือโทร ๑๓๓๔ โทรสาร ๐ ๒๒๒๔ ๒๙๖๔)
 ที่ กท ๐๔๐๔/๖๓๕๐ วันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๗

เรื่อง การจัดทำกรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุให้แก่ลูกจ้างกรุงเทพมหานคร

เรียน ผู้อำนวยการสำนัก หัวหน้าสำนักงาน ก.ก. เลขานุการผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร เลขานุการสภากรุงเทพมหานคร ผู้อำนวยการเขต และหัวหน้าส่วนราชการในสังกัดสำนักปลัดกรุงเทพมหานคร

ด้วยกรุงเทพมหานครได้รับการประสานจากบริษัท พรุเด็นเซียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) แจ้งความจำเป็นในการมอบความคุ้มครองกรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุให้แก่ลูกจ้างกรุงเทพมหานคร เป็นปีที่สองต่อเนื่อง เพื่อเป็นสวัสดิการแก่ลูกจ้างกรุงเทพมหานคร ซึ่งกำหนดช่วงอายุของผู้มีสิทธิได้รับกรมธรรม์ ต้องมีอายุระหว่าง ๒๐ - ๖๐ ปี (เกิดระหว่างวันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๐๗ ถึงวันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๔๗) ให้ความคุ้มครองครอบคลุมลูกจ้างกรุงเทพมหานครตามรายชื่อเดิมของปีที่ผ่านมาที่ยังมีสถานะเป็นลูกจ้างกรุงเทพมหานครและมีอายุไม่เกิน ๖๐ ปี รวมทั้งลูกจ้างกรุงเทพมหานครรายใหม่ที่มีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ ที่บริษัทฯ กำหนด

เพื่อให้การดำเนินการจัดทำกรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุให้แก่ลูกจ้างกรุงเทพมหานครโดยบริษัท พรุเด็นเซียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและถูกต้อง จึงให้ท่านมอบหมายผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นผู้ประสานงานด้านข้อมูลและแนวทางปฏิบัติในการดำเนินการเกี่ยวกับการจัดทำกรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุให้แก่ลูกจ้างกรุงเทพมหานคร ผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ของบริษัท พรุเด็นเซียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) รายละเอียดปรากฏตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

เรียน ผู้อำนวยการเขต จึงเรียนมาเพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

- เพื่อไปทราบ
- เพื่อไปปฏิบัติ
- เพื่อไปดำเนินการ

[Signature]

(นายธนกร) คำป้อง

ผู้อำนวยการเขตหนองจอก

เรียน ผู้อำนวยการเขตหนองจอก สำนักงานเขตหนองจอก

๑๓ พ.ค. ๒๕๖๗

[Signature]

๑๓ พ.ค. ๒๕๖๗

[Signature]

๑๓ พ.ค. ๒๕๖๗

ดำเนินการตามเสนอ

[Signature]

ผู้ช่วยผู้อำนวยการเขตหนองจอก ปฏิบัติราชการแทน

ผู้อำนวยการเขตหนองจอก

[Signature]

[Signature]

[Signature]

(นางสาวธรรมาภรณ์ ศรีสุทธิโรจน์)

ผู้อำนวยการเขตหนองจอก

สำนักงานเขตหนองจอก

๑๓ พ.ค. ๒๕๖๗

(นางสาวจิราพร อารมพวง)




ผู้อำนวยการเขตหนองจอก

สำนักงานเขตหนองจอก

๑๓ พ.ค. ๒๕๖๗

รายละเอียด QR CODE

การจัดทำกรรมธรรม์ประกันอุบัติเหตุให้แก่ลูกจ้างกรุงเทพมหานคร
โดยบริษัท พรุเด็นเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

QR CODE	รายละเอียด	หมายเหตุ
	แอปพลิเคชันไลน์ของบริษัท พรุเด็นเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) (ประกันอุบัติเหตุ BMA)	ดำเนินการภายในวันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๗
	เอกสารรายละเอียดการจัดทำกรรมธรรม์ ประกันอุบัติเหตุ	
	แจ้งข้อมูลการนำส่งรายละเอียดต่าง ๆ	ดำเนินการแจ้ง สกจ. สนป. ภายในวันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๗

ลำดับที่... **ไม่ต้องกรอก**
เจ้าหน้าที่เขตหนองจอก



บริษัท พรูเด็นเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
944 นิคมธานี ออฟฟิศ ทาวเวอร์ ชั้น 10, 29-31 ถนนพหลโยธิน แขวงจตุจักร เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10330
ศูนย์บริการลูกค้า : โทรศัพท 1621 โทรสาร : 0 2353 4888
อีเมล : hotline@prudential.co.th เว็บไซต์ : www.prudential.co.th
ทะเบียนและเลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากรเลขที่ 0107537001897

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มเลขที่... **ไม่ต้องกรอก**
หนังสือรับรองการประกันภัยเลขที่... **ไม่ต้องกรอก**

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มสำหรับสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย (ชนิดไม่มีคำถามสุขภาพ)

ผู้ถือกรมธรรม์ (Policyholder)...บริษัท พรูเด็นเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ...กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มเลขที่ GA000947

ชื่อตัวแทน/นายหน้า.....	ใบอนุญาตเลขที่.....
ชื่อหน่วย..... รหัสหน่วย..... สาขา.....	รหัสตัวแทน.....
คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับ และส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย สมาชิกผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธ ไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865	

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

ข้อ 2 - 5 กรอกทุกช่อง ช่องไหนไม่มีข้อมูลให้ -

1. ผู้ถือกรมธรรม์.....บริษัท พรูเด็นเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน).....
2. ชื่อ-นามสกุล..... ชาย หญิง สัญชาติ.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า
เลขประจำตัวประชาชน หรือเลขหนังสือเดินทาง.....อื่นๆ.....
3. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....
ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ประเทศ.....
เบอร์โทรศัพท์ต่อ..... เบอร์มือถือ..... เบอร์โทรที่ทำงาน..... อีเมล.....
4. อาชีพ..... วันเริ่มทำงาน..... ตำแหน่ง.....
หน้าที่รับผิดชอบ..... รายได้ต่อปี.....
5. ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน) *กรณีมีการแก้ไข ชิดฆ่า ขูดลบ โปรดเซ็นชื่อกำกับด้วย
ชื่อ-สกุลผู้รับประโยชน์ อายุ ความสัมพันธ์ สัดส่วน(%)
.....
.....
.....

ผู้รับผลประโยชน์ กรอกกี่คนก็ได้ → สัดส่วนรวม = 100%



1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ รวมถึงด้วยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
2. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
3. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
4. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อ การพิจารณารับประกันภัยการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัยซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน <https://www.prudential.co.th/corp/prudential-th/th/privacy-notice> รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - 6.1 ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัทหากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้ไว้ (หากมี)
 - 6.2 ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผยและ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
 - 6.3 ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว <https://www.prudential.co.th/corp/prudential-th/th/privacy-notice> ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
 - 6.4 ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ลงชื่อ)

()

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

ผู้แทน โดยชอบธรรม/ ผู้ใช้อำนาจปกครองของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ลูกจ้างเซ็น

(ลงชื่อ)

(คำนาม นาม + ชื่อ + นามสกุล)
สมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย



ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงาน คปภ. แล้วจึงลงลายมือชื่อไว้ดังต่อไปนี้

เขียนที่ โรงเรียน..... สำนักงานเขตหนองจอก วันที่.....

ขอให้ทุกคนเขียนวันที่นี้หะคะ
เพื่อเป็น
ไปในแนวทาง
เดียวกันทั่วประเทศ

20 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567

* ถ้าเขียนไม่พอย้ายมาเขียนตรงนี้หะคะ

(ลงชื่อ) พ่อ.รร หรือ ร้อง พ่อ.รร.
(.....)
พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

(ลงชื่อ) ลูกจ้างเซ็น
(ตำแหน่งนาม + ชื่อ + นามสกุล)
สมาชิกผู้เอาประกันภัย

(ลงชื่อ) เว้นไว้
(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ
ผู้แทน โดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของสมาชิกผู้เอาประกันภัย
(กรณีสมาชิกผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)



บริษัท พрудินเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

944 มิตรทาวน์ ออฟฟิศ ทาวเวอร์ ชั้น 10, 29-31 ถนนพหลโยธิน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
ศูนย์บริการลูกค้า : โทรศัพท์ 1621 โทรสาร : 0 2353 4888
อีเมล : hotline@prudential.co.th เว็บไซต์ : www.prudential.co.th
ทะเบียนและเลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากรเลขที่ 0107537001897

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มเลขที่
หนังสือรับรองการประกันภัยเลขที่

ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มสำหรับสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย (ชนิดไม่มีคำถามสุขภาพ)

ผู้ถือกรมธรรม์ (Policyholder)...บริษัท พрудินเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ...กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มเลขที่ GA000947

ชื่อตัวแทน/นายหน้า.....	ใบอนุญาตเลขที่.....
ชื่อหน่วย..... รหัสหน่วย.....สาขา.....	รหัสตัวแทน.....
<p>คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับ และส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย สมาชิกผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธ ไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865</p>	

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย

- ผู้ถือกรมธรรม์.....บริษัท พрудินเชียล ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน).....
- ชื่อ-นามสกุล..... ชาย หญิง สัญชาติ.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่า
เลขประจำตัวประชาชน หรือเลขหนังสือเดินทาง.....อื่นๆ.....
- ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย.....
ถนน..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....
จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... ประเทศ.....
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....เบอร์มือถือ.....เบอร์โทรที่ทำงาน.....อีเมล.....
- อาชีพ.....วันเริ่มทำงาน.....ตำแหน่ง.....
หน้าที่รับผิดชอบ.....รายได้ต่อปี.....
- ผู้รับประโยชน์ (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ให้ถือว่าแบ่งเท่าๆ กัน) *กรณีมีการแก้ไข ชิดฆ่า ขูดลบ โปรดเซ็นชื่อกำกับด้วย

ชื่อ-สกุลผู้รับประโยชน์	อายุ	ความสัมพันธ์	สัดส่วน(%)
.....
.....
.....



1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
2. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทน โดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
3. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
4. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อ การพิจารณารับประกันภัยการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัยซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน <https://www.prudential.co.th/corp/prudential-th/th/privacy-notice> รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - 6.1 ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัทหากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
 - 6.2 ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผยและ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
 - 6.3 ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว
<https://www.prudential.co.th/corp/prudential-th/th/privacy-notice> ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
 - 6.4 ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผยและ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ลงชื่อ)

()

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

ผู้แทนโดยชอบธรรม/ ผู้ใช้อำนาจปกครองของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย

(กรณีสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

(ลงชื่อ)

()

สมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย



ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงาน คปภ. แล้วจึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

เขียนที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

<p>(ลงชื่อ)</p> <p>(.....)</p> <p>พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต</p>	<p>(ลงชื่อ)</p> <p>(.....)</p> <p>สมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย</p>
	<p>(ลงชื่อ)</p> <p>(.....)</p> <p>ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ</p> <p>ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย</p> <p>(กรณีสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)</p>