

คำแถลงสุขภาพของพนักงานหรือสมาชิกผู้เอาประกันภัย

ชื่อ-นามสกุล สมาชิกผู้เอาประกันภัย เพศ ชาย หญิง

เกิด วันที่ เดือน พ.ศ. สูง ซม. น้ำหนัก กก.

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1) ท่านเคยได้รับการรักษา หรือปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับ โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็ง เนื้องอก ไชข้ออักเสบ หรืออาการที่เกี่ยวกับโรคจิต หรือ โรคทางประสาทหรือไม่
 <input type="radio"/> เคย <input type="radio"/> ไม่เคย</p> <p>2) ท่านเคยขาดงาน เนื่องจากการเจ็บป่วย หรือ ไม่สามารถที่จะ ปฏิบัติการใด ๆ ได้ ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่
 <input type="radio"/> เคย <input type="radio"/> ไม่เคย</p> | <p>3) ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคย
 ก. ได้รับการรักษา หรือ ได้รับการแนะนำให้รักษาในการ เจ็บป่วย หรือบาดเจ็บหรือไม่ <input type="radio"/> เคย <input type="radio"/> ไม่เคย
 ข. เข้าโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาล หรือ ได้รับการรักษา หรือผ่าตัดหรือไม่ <input type="radio"/> เคย <input type="radio"/> ไม่เคย
 ค. ได้รับการแนะนำจากสถานพยาบาล หรือจากแพทย์ ให้ทำการรักษา หรือผ่าตัดหรือไม่ <input type="radio"/> เคย <input type="radio"/> ไม่เคย</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

ถ้ามีคำตอบข้อใดข้อหนึ่งใน 3 ข้อ ตอบว่า “เคย” โปรดกรอกรายละเอียดลงในช่องว่างข้างล่างนี้

ข้อ	รายละเอียด ในการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บ	วันที่ เข้าทำการรักษา	วันที่ไม่สามารถ ปฏิบัติงานตามปกติ	ชื่อ และที่ตั้งสถานพยาบาล นายแพทย์ผู้ตรวจ หรือรักษา

ถ้ารับสตรี : ขณะนี้ท่านมีครรภ์หรือไม่ มี ไม่มี ถ้ามี โปรดแจ้งอายุครรภ์ เดือน

ข้าพเจ้าขอ ให้คำรับรองว่า ข้อความต่างๆ ข้างต้น ถูกต้อง และตรงต่อความเป็นจริง และ ให้ถือเป็นส่วนหนึ่งของสัญญาประกันชีวิตกลุ่ม ข้าพเจ้าพร้อมที่จะรับการตรวจสุขภาพ โดยนายแพทย์ของ บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ทุกเวลาที่บริษัทต้องการ

วันที่ เดือน พ.ศ. ลายมือชื่อ.....(สมาชิกผู้เอาประกันภัย)
 ลายมือชื่อ.....(พยาน)

คำแถลงของผู้ถือกรมธรรม์

- 1) โปรดแจ้งเหตุผลในการเข้าร่วมทำประกันชีวิตกลุ่ม
 เข้าร่วมประกันภัยภายหลัง เพิ่มจำนวนเงินเอาประกันภัย เพิ่งเข้าทำงานใหม่
- 2) กรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่มเลขที่ จำนวนเงินเอาประกันภัย
 ประกันชีวิต ประกันภัยอุบัติเหตุ
- 3) พนักงานผู้นี้สามารถปฏิบัติงาน ในหน้าที่ได้ และขณะนี้ยังปฏิบัติงานอยู่ตามปกติ ใช่ ไม่ใช่
 ถ้าไม่ใช่ โปรดแจ้งเหตุผล
- 4) ตามความเห็นของท่านเกี่ยวกับสุขภาพของพนักงานผู้นี้ ท่านเห็นว่าเหมาะสม ในการทำประกันชีวิตกลุ่มหรือไม่
 เหมาะสม ไม่เหมาะสม

วันที่ เดือน พ.ศ. ลายมือชื่อ (ผู้ถือกรมธรรม์)
 ตำแหน่ง

ข้อความยินยอมถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันภัยของผู้ขอเอาประกันภัย หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัย และการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
2. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้
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 จะมีผลกระทบต่อพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลก่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน <https://www.ocean.co.th/privacy-policy> รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าแก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 - (ก) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัทหากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
 - (ข) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
 - (ค) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว <https://www.ocean.co.th/privacy-policy> ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
 - (ง) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว ซึ่งรวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

(ลงชื่อ) _____

(_____)

ผู้ขอเอาประกันภัย