

บริษัท ซัมซุง ประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) 2922/222-227 ชั้น 15
อาคารชาวยุโรปสโรวอร์ 2 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310
โทร. 0-2308-2245 โทรสาร 0-2308-2269 ทะเบียนเลขที่/เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0107556000124

หนังสือรับรองสุขภาพ (HC)

ใช้เพื่อขอ

- ☐ ต่ออายุกรมธรรม์/กลับคืนสู่สถานะเดิมของกรมธรรม์
☐ ต่ออายุกรมธรรม์แบบเปลี่ยนวันเริ่มสัญญา
☐ ซื้อสัญญาเพิ่มเติม / เพิ่มความคุ้มครองสัญญาเพิ่มเติม
☐ เพิ่มจำนวนเงินเอาประกันภัย

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ผู้ขอเอาประกันชีวิต
ต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆ อาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิต
ปฏิเสธไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันชีวิต ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

คำแนะนำ กรณีต่ออายุสำหรับแบบประกันที่ไม่ต้องตอบคำถามสุขภาพ ตอบข้อ 1-8 เท่านั้น

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ _____

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของผู้เอาประกันภัย

1. ชื่อ-นามสกุล _____ อายุ _____ ปี วัน/เดือน/ปี เกิด _____ / _____ / _____ สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า เลขที่บัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง _____ วันบัตรหมดอายุ _____ ที่อยู่ปัจจุบัน _____ โทรศัพท์สำหรับติดต่อ _____ สถานที่ทำงาน _____ ที่อยู่ทำงาน _____ โทรศัพท์ทำงาน _____ Email _____																						
2. อาชีพปัจจุบัน _____ ตำแหน่ง _____ รายได้ต่อปี _____ บาท ลักษณะงานที่ทำ _____ ลักษณะธุรกิจ _____	ส่วนสูง _____ ซม. น้ำหนัก _____ กก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของ ท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ☐ ไม่เปลี่ยน ☐ เปลี่ยน ถ้าเปลี่ยน ☐ เพิ่มขึ้น _____ กก. ☐ ลดลง _____ กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยน _____																					
3. ท่านมีประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี ดังนี้																						
<table><thead><tr><th rowspan="2">บริษัท</th><th colspan="3">จำนวนเงินเอาประกันภัย</th><th rowspan="2">เงินชดเชยรายวัน</th><th rowspan="2">สัญญา มีผลบังคับหรือไม่</th></tr><tr><th>ชีวิต</th><th>โรคร้ายแรง</th><th>อุบัติเหตุ</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>		บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย			เงินชดเชยรายวัน	สัญญา มีผลบังคับหรือไม่	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ												
บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย			เงินชดเชยรายวัน	สัญญา มีผลบังคับหรือไม่																	
	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ																			
4. ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอลบคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด																						
<table><thead><tr><th>บริษัท</th><th>สาเหตุ</th><th>เมื่อใด</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>		บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด																		
บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด																				
5. ท่านดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ☐ ไม่ดื่ม/ไม่เคย ☐ ดื่ม/เคยดื่ม ถ้าดื่ม/เคยดื่ม ระบุชนิด _____ ปริมาณ _____ ขวด/กระป๋อง/ขวดต่อครั้ง ความถี่ _____ ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน _____ ปี ☐ เลิกดื่มเมื่อ _____																						
6. ท่านสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ☐ ไม่สูบ/ไม่เคย ☐ สูบ/เคยสูบ ถ้าสูบ/เคยสูบ โปรดระบุปริมาณ _____ มวน/วัน สูบมานาน _____ ปี ☐ เลิกสูบ เมื่อ _____																						

ส่วนที่ 2 ข้อมูลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัยกรณีผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เยาว์ซึ่งเป็นผู้ขอเอาประกันภัย
(เฉพาะกรมธรรม์ที่มีสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัยแนบอยู่)

7. ชื่อ-นามสกุล _____ อายุ _____ ปี วัน/เดือน/ปี เกิด _____ / _____ / _____ ความสัมพันธ์ _____ สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่า เลขที่บัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง _____ วันบัตรหมดอายุ _____ ที่อยู่ปัจจุบัน _____ โทรศัพท์สำหรับติดต่อ _____ สถานที่ทำงาน _____ ที่อยู่ทำงาน _____ โทรศัพท์ทำงาน _____ Email _____	
8. อาชีพปัจจุบัน _____ ตำแหน่ง _____ รายได้ต่อปี _____ บาท ลักษณะงานที่ทำ _____ ลักษณะธุรกิจ _____	ส่วนสูง _____ ซม. น้ำหนัก _____ กก. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของ ท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ☐ ไม่เปลี่ยน ☐ เปลี่ยน ถ้าเปลี่ยน ☐ เพิ่มขึ้น _____ กก. ☐ ลดลง _____ กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยน _____

9. ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยมีประกันชีวิต หรือประกันสุขภาพ หรือประกันอุบัติเหตุ หรือกำลังขอเอาประกันภัยดังกล่าวไว้กับบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี ดังนี้

บริษัท	จำนวนเงินเอาประกันภัย			เงินชดเชยรายวัน	สัญญา มีผลบังคับหรือไม่
	ชีวิต	โรคร้ายแรง	อุบัติเหตุ		

10. ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการขอเอาประกันภัย หรือการขอลงคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์ จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคยโปรดระบุรายละเอียด

บริษัท	สาเหตุ	เมื่อใด

11. ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยดื่มหรือเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำหรือไม่ ☐ ไม่ดื่ม/ไม่เคย ☐ ดื่ม/เคยดื่ม
ถ้าดื่ม/เคยดื่ม ระบุชนิด ปริมาณ ขวด/กระป๋อง/ขวดต่อครั้ง ความถี่ ครั้ง/สัปดาห์ ดื่มมานาน ปี ☐ เลิกดื่มเมื่อ

12. ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่ หรือยาสูบชนิดอื่นหรือไม่ ☐ ไม่สูบ/ไม่เคย ☐ สูบ/เคยสูบ
ถ้าสูบ/เคยสูบ โปรดระบุปริมาณ มวน/วัน สูบมานาน ปี ☐ เลิกสูบ เมื่อ

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของผู้ขอเอาประกันภัยและผู้ชำระเบี้ยประกันภัย

13. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย
หากเคย ทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

โรค	ผู้เอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย		โรค	ผู้เอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	
	ไม่เคย	เคย	ไม่เคย	เคย		ไม่เคย	เคย	ไม่เคย	เคย
สายตาดำพิการ	☐	☐	☐	☐	โรคหยุดหายใจขณะหลับ	☐	☐	☐	☐
โรคจอประสาทตา	☐	☐	☐	☐	โรคความดันโลหิตสูง	☐	☐	☐	☐
โรคต่อหีน	☐	☐	☐	☐	โรคหัวใจ	☐	☐	☐	☐
โรคหลอดเลือดในสมอง	☐	☐	☐	☐	โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ	☐	☐	☐	☐
โรคอัมพฤกษ์/โรคอัมพาต	☐	☐	☐	☐	โรคหลอดเลือด	☐	☐	☐	☐
โรคพาร์กินสัน	☐	☐	☐	☐	โรคแผลในทางเดินอาหาร	☐	☐	☐	☐
โรคความจำเสื่อม	☐	☐	☐	☐	โรคตับหรือทางเดินน้ำดี	☐	☐	☐	☐
โรคชัก	☐	☐	☐	☐	โรคพิษสุราเรื้อรัง	☐	☐	☐	☐
โรคปอดหรือปอดอักเสบ	☐	☐	☐	☐	ติชาน	☐	☐	☐	☐
โรควัณโรค	☐	☐	☐	☐	ม้ามโต	☐	☐	☐	☐
โรคจิตเวช	☐	☐	☐	☐	โรคตับอ่อนอักเสบ	☐	☐	☐	☐
โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง	☐	☐	☐	☐	โรคไต	☐	☐	☐	☐
โรคระบบประสาท	☐	☐	☐	☐	โรคเก๊าท์	☐	☐	☐	☐
โรคซึมเศร้า	☐	☐	☐	☐	โรคหนังแข็ง	☐	☐	☐	☐
โรคสมองและเยื่อหุ้มสมอง	☐	☐	☐	☐	โรคเอสแอลอี	☐	☐	☐	☐
โรคของต่อมหมวกไต	☐	☐	☐	☐	โรคเลือด	☐	☐	☐	☐
โรคไขมันในเลือดสูง	☐	☐	☐	☐	โรคเบาหวาน	☐	☐	☐	☐
โรคเม็ดเลือดแดงผิดปกติ	☐	☐	☐	☐	โรคไทรอยด์	☐	☐	☐	☐
โรคโลหิตจาง	☐	☐	☐	☐	โรคต่อมน้ำเหลืองโต	☐	☐	☐	☐
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	☐	☐	☐	☐	เนื้องอก ก้อน หรือถุงน้ำ	☐	☐	☐	☐
โรคหอบหืด	☐	☐	☐	☐	โรคมะเร็ง	☐	☐	☐	☐
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	☐	☐	☐	☐	พิการทางร่างกาย	☐	☐	☐	☐
โรคถุงลมโป่งพอง	☐	☐	☐	☐	ดาวนซินโดรม	☐	☐	☐	☐
สำหรับ	โรค		วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย/ การรักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (ให้ระบุว่าเป็นการได้รับการวินิจฉัย หรือการรักษาหรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)		ผลการวินิจฉัย/การรักษา/ การตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์และ อาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่วินิจฉัย/รักษา /ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)			
ผู้เอาประกันภัย									
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย									

14. ท่านเคยมีหรือกำลังมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่ ☐ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มี

หากเคยมี หรือ กำลังมี กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และระบุอาการและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

อาการ	ผู้เอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย		อาการ	ผู้เอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	
	ไม่เคย	เคย	ไม่เคย	เคย		ไม่เคย	เคย	ไม่เคย	เคย
การมองเห็นผิดปกติ	☐	☐	☐	☐	ภาวะการมีโปรตีนปนในปัสสาวะ	☐	☐	☐	☐
กล้ามเนื้ออ่อนแรง	☐	☐	☐	☐	ท้องเสียเรื้อรัง	☐	☐	☐	☐
มีพัฒนาการช้า	☐	☐	☐	☐	คลำพบก้อนเนื้อ	☐	☐	☐	☐
ปวดศีรษะรุนแรงเรื้อรัง	☐	☐	☐	☐	ท้องมาน	☐	☐	☐	☐
โรคผิวหนังเรื้อรัง	☐	☐	☐	☐	ตัวเหลือง ตาเหลือง	☐	☐	☐	☐
ไอเรื้อรัง	☐	☐	☐	☐	การได้ยินผิดปกติ	☐	☐	☐	☐
ไอเป็นเลือด	☐	☐	☐	☐	การพูดผิดปกติ	☐	☐	☐	☐
เหนื่อยง่ายผิดปกติ	☐	☐	☐	☐	ท้องผูกเรื้อรัง	☐	☐	☐	☐
เจ็บหรือแน่นหน้าอก	☐	☐	☐	☐	ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ	☐	☐	☐	☐
ใจสั่น	☐	☐	☐	☐	เฉพาะสตรี				
จำเลือด	☐	☐	☐	☐	กำลังตั้งครรภ์.....เดือน	☐	☐	☐	☐
อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือด	☐	☐	☐	☐	โรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์และคลอดบุตร	☐	☐	☐	☐
มีเลือดปนในปัสสาวะ	☐	☐	☐	☐	เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด	☐	☐	☐	☐
สำหรับ	อาการ				วัน/เดือน/ปี ที่เริ่มมีอาการ	อาการปัจจุบัน			
ผู้เอาประกันภัย									
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย									

15. ประวัติสุขภาพในช่วงเวลาที่ผ่านมา

			ผู้เอาประกันภัย		ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย	
			ไม่เคย	เคย	ไม่เคย	เคย
ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยบาดเจ็บ หรือเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือท่านเคยได้รับการตรวจสุขภาพหรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (เช่น ความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจเอ็มอาร์ไอ (MRI) การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจโดยการส่องกล้อง การตรวจแมมโมแกรม การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษ การตรวจแบบอื่น ๆ) หรือรับการผ่าตัด หรือการแนะนำจากแพทย์แผนปัจจุบันหรือแพทย์ทางเลือกเพื่อรับการรักษาใด ๆ หรือไม่			☐	☐	☐	☐
สำหรับ	โรคและ/หรือรายการตรวจ	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการตรวจ/รักษา	ผลการตรวจรักษา	สถานพยาบาลที่รักษา (หากระบุชื่อแพทย์ได้ โปรดระบุ)		
ผู้เอาประกันภัย						
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย						

ส่วนที่ 4 คำถามเพิ่มเติมสำหรับการขอเอาประกันภัยสัญญาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสุขภาพ หรือโรคร้ายแรง หรือโรคมะเร็ง

สำหรับผู้เอาประกันภัย

16. ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่ามีอาการหรือป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่

☐ ไม่เคย/ไม่มี ☐ เคย/มี

หากเคย/มี ทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และระบุอาการหรือโรคตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ ติดเชื้อในหูชั้นกลาง	☐ กรดไหลย้อน	☐ เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดที่	☐ ออทิสติก
☐ ต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง	☐ สะเก็ดเงิน	☐ กระดูกสันหลังเคลื่อน/คด/เสื่อม	☐ สมาธิสั้น
☐ ไชน์ส็อกเสบ	☐ ภาวะน้ำคั่งอักเสบ	☐ หมอนรองกระดูกเคลื่อน หรือทับเส้นประสาท	☐ โรคกระเพาะอาหารอักเสบเรื้อรัง
☐ ปวดศีรษะไมเกรน	☐ ไส้เลื่อน	☐ ข้อเสื่อม	☐ โรคประสาทหูเสื่อม
☐ ภูมิแพ้	☐ ริดสีดวงทวาร	☐ เส้นประสาทอักเสบหรือถูกบีบกดทับ	☐ ความผิดปกติและโรคเกี่ยวกับกระดูกข้อ และกล้ามเนื้อ
☐ หลอดลมอักเสบเรื้อรัง	☐ ฝีคัณฑสูตร	☐ ความผิดปกติและโรคเกี่ยวกับต่อมลูกหมาก	
☐ เส้นเอ็นอักเสบเรื้อรัง			
อาการ และ/หรือ โรค	วัน/เดือน/ปี ที่ได้รับการวินิจฉัย/การรักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (ให้ระบุว่าเป็นการได้รับการวินิจฉัย หรือการรักษาหรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์)	ผลการวินิจฉัย/การรักษา/การตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์และอาการปัจจุบัน	สถานพยาบาลที่วินิจฉัย/รักษา/ตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ (หากระบุชื่อแพทย์ได้โปรดระบุ)

ส่วนที่ 5 ข้อความยินยอมถ่ายทอดของผู้อุปถัมภ์และ/หรือผู้ชำระเบี้ยประกันภัยและการให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในหนังสือรับรองสุขภาพ (HC) นี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
2. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
3. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
4. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2 หรือข้อ 3 ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อการพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกักรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้าเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน <https://samsunglife.co.th/privacy-policy/> รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่ สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ <https://www.oic.or.th>
6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
- 1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)
- 2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผยและ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ
- 3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้วตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ <https://samsunglife.co.th/privacy-policy/> ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคล สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตาม นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ <https://www.oic.or.th>
- 4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้น ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราวรวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

เขียนที่ _____

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

(ลงชื่อ) _____
(_____)
ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย / พยาน

(ลงชื่อ) _____
(_____)
ผู้อุปถัมภ์
(ผู้อุปถัมภ์ที่อายุ 10 ปีขึ้นไปจะต้องลงนามด้วยตนเอง)

(ลงชื่อ) _____
(_____)
พยาน

(ลงชื่อ) _____
(_____)
ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้อุปถัมภ์
(กรณีผู้อุปถัมภ์ยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

หมายเหตุ

1. กรณีข้อสัญญาเพิ่มเติมคุ้มครองผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (PB) ให้ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยลงนามด้วย

2. หากผู้อุปถัมภ์ลงชื่อโดยการพิมพ์ลายนิ้วมือ จะต้องระบุว่าเป็นนิ้วมือใด ข้างไหนของบุคคลใด และพยานลงชื่อรับรอง 2 ท่าน