บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 22-27
ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
โทร. 0 2044 4000 โทรสาร 0 2044 4032 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159
ทะเบียนเลขที่ 0107555000376 www.krungthai-axa.co.th

หนังสือให้ความยินยอม ในการเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อมูล (PDPA)

เรียน ผู้ขอเอาประกันภัย

เพื่อปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“**บริษัท**”) ใคร่ขอความยินยอมจากท่าน ในการเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่านที่ได้ให้ไว้กับบริษัท ตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. วัตถุประสงค์เกี่ยวกับการประกันภัย

1.1 ท่านยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพหรือความพิการ ประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของท่าน เพื่อวัตถุประสงค์สำหรับการรับประกันภัย รวมถึงการคำนวณเบี้ยประกัน การดำเนินการและให้บริการต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยที่ท่านเข้าทำกับบริษัท (รวมถึง การจัดทำเอกสารสัญญาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง การจัดส่งกรมธรรม์ การจัดเก็บและสำรองข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์สำหรับการจัดการภายในของบริษัท) การจัดเก็บเบี้ยประกันภัยและหนี้สินอื่น ๆ (ถ้ามี) การตรวจสอบ การวิเคราะห์ การประมวลผล การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยหรือผลประโยชน์ทางการแพทย์ การจ่ายเบี้ยประกันคืนกรณีมีการฉ้อโกงของตัวแทนขายประกัน การต่ออายุ การเปลี่ยนแปลงแก้ไข การยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัย การประกันภัยต่อที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยของท่าน หรือเพื่อการขอเอาประกันภัยใหม่ในภายหลัง รวมถึงเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลข้างต้นของท่านแก่ผู้ให้บริการหรือคู่ค้าของบริษัท เพื่อการให้บริการและปฏิบัติตามสัญญากรมธรรม์ข้างต้นตามคำสั่งหรือในนามของบริษัท

1.2 ท่านยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ซึ่งรวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพหรือความพิการ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อช่วง หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อวัตถุประสงค์สำหรับการรับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์หรือผลประโยชน์ทางการแพทย์ การประกันภัยต่อที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยของท่าน หรือเพื่อการขอเอาประกันภัยใหม่ในภายหลังได้

1.3 ท่านมีเจตนาต้องการและยินยอมให้แพทย์ คลินิก โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานีอนามัยทุกแห่งดังกล่าว เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของท่าน ตามความเป็นจริงทั้งหมดโดยสิ้นเชิง ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ในการสมัครทำประกันชีวิต เพื่อประกอบการรับประกันภัย และ/หรือการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์ประกันภัยของท่าน โดยท่านแสดงเจตนาการให้ความยินยอมดังกล่าวในหนังสือยินยอมและมอบอำนาจของบริษัท พร้อมลงนามในส่วนของผู้มอบอำนาจ/ผู้ให้คำยินยอม

1.4 ท่านยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ได้แก่ ชื่อ นามสกุล ข้อมูลการติดต่อ ข้อมูลเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย และข้อมูลส่วนบุคคลอ่อนไหวของท่าน ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของท่านเท่าที่จำเป็นต่อการให้บริการที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บริการหลังการขาย รวมถึงการแจ้งข้อมูลและผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัย ให้บริการติดตาม ประสานงาน แก้ไขปัญหา แจ้งเตือนใดๆ เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย (เช่น กรณีครบกำหนดชำระเบี้ยประกัน) และการบริการเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยของท่านผ่านทางแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ ไปรษณีย์ โทรศัพท์ SMS หรืออีเมล

1.5 ท่านยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ได้แก่ ชื่อ นามสกุล ข้อมูลการติดต่อ ข้อมูลเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย และข้อมูลส่วนบุคคลอ่อนไหวของท่าน ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของท่านเท่าที่จำเป็นต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย บมจ.ธนาคารกรุงไทย หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ เพื่อการดำเนินการตามเรื่องร้องเรียน ข้อเรียกร้องของท่านที่เกี่ยวกับการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือสิทธิอื่น ๆ ตามกรมธรรม์ประกันภัย

2. วัตถุประสงค์อื่นๆ นอกเหนือจากการประกันภัย

สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน เช่น ชื่อ นามสกุล ข้อมูลการติดต่อ ข้อมูลเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

2.1 ท่านตกลงยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวมใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน เช่น ชื่อ นามสกุล ข้อมูลการติดต่อ ข้อมูลเกี่ยวกับกรมธรรม์ให้แก่บริษัทในกลุ่มแอกซ่า และบริษัทในเครือ และ บมจ.ธนาคารกรุงไทย เพื่อแจ้งข้อมูลข่าวสารและประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์หรือบริการของบริษัท รายการส่งเสริมการขายต่างๆ กิจกรรมทางการตลาด ข่าวสารสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ เพื่อการเสนอผลิตภัณฑ์หรือบริการอื่นๆ เพิ่มเติมของบริษัท เพื่ออวยพรท่านในโอกาสต่าง ๆ เช่น วันเกิด หรือเมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล เป็นต้น ผ่านทางแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ ไปรษณีย์ โทรศัพท์ SMS หรืออีเมล

2.2 ท่านตกลงยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวมใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน เช่น ชื่อ นามสกุล ข้อมูลการติดต่อ ข้อมูลเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยให้แก่บริษัทในกลุ่มแอกซ่า และบริษัทในเครือ และ บมจ.ธนาคารกรุงไทย เพื่อใช้สำหรับการวิเคราะห์ และ/หรือ พัฒนาผลิตภัณฑ์หรือบริการของบริษัทฯ ให้เหมาะกับความต้องการของท่านเพื่อขยายสิทธิประโยชน์ให้ท่านได้มากขึ้นและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

2.3 ท่านตกลงยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน เช่น ชื่อ นามสกุล ข้อมูลการติดต่อ ข้อมูลเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย ให้แก่บริษัทในกลุ่มแอกซ่า และบริษัทในเครือ และ บมจ.ธนาคารกรุงไทย เพื่อใช้สำหรับการวิเคราะห์และคาดการณ์ยอดขายประกันภัยของบริษัท

อนึ่ง บริษัทขอแจ้งให้ท่านทราบเกี่ยวกับการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน (Privacy Notice) ปรากฏตามเอกสารแนบ

สิงหาคม 2565

CM0000080

กรุณาแสดงความประสงค์เกี่ยวกับการให้ความยินยอมโดยกรอกข้อมูลด้านล่าง

หากท่านประสงค์จะเพิกถอนความยินยอมที่ท่านให้ไว้นี้ หรือใช้สิทธิของท่าน ท่านสามารถแจ้งบริษัทได้ที่

เจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

สถานที่ติดต่อ: เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 22-27
ถนน พระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง
กรุงเทพมหานคร 10310

อีเมล: th_dl_rc_dataprivacy@krungthai-axa.co.th

ทั้งนี้ โปรดทราบว่าการแจ้งเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 1. หรือข้อ 2. จะมีผลเป็นการยกเลิกวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่ระบุไว้ในข้อใดข้อหนึ่งนั้น ซึ่งมีผลทำให้บริษัทไม่สามารถดำเนินการตามวัตถุประสงค์ดังกล่าวในข้อนั้นได้อีกต่อไป บริษัทขออภัยในความไม่สะดวกมา ณ ที่นี้

สำหรับผู้ขอเอาประกันภัย

เขียนที่ _____ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ชื่อ-นามสกุล _____

เลขประจำตัวประชาชน/เลขที่หนังสือเดินทาง _____

วัตถุประสงค์เกี่ยวกับการประกันภัยตามข้อ 1.

- ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการประกันภัยตามข้อ 1. ข้างต้น รวมทั้งประกาศความเป็นส่วนตัว (Privacy Notice) ตามเอกสารแนบอย่างชัดเจนแล้ว จึงแสดงความประสงค์ดังนี้

  ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

- ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่ให้ความยินยอมแก่บริษัท หรือใช้สิทธิในการเพิกถอนความยินยอมที่ให้กับบริษัทในภายหลัง สำหรับการเก็บรวบรวม ใช้หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลตามวัตถุประสงค์ตามข้อ 1. ข้างต้นของข้าพเจ้า การเพิกถอนความยินยอมดังกล่าวจะมีผลกระทบต่อการพิจารณารับประกันภัย รวมถึงการให้บริการเกี่ยวกับกรมธรรม์ หรือการจ่ายเงินผลประโยชน์ตามเงื่อนไขกรมธรรม์ หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทประกันภัยไม่สามารถปฏิบัติตามสัญญาประกันภัยได้ ซึ่งจะมีผลทำให้กรมธรรม์ของข้าพเจ้าสิ้นสุดความคุ้มครอง
- ข้าพเจ้ารับทราบว่า หากข้าพเจ้าใช้สิทธิคัดค้านการเก็บรวบรวม ใช้หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล รวมทั้งการขอให้ลบหรือทำลายข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าไม่ว่าจะทั้งหมดหรือแต่บางส่วน ข้าพเจ้ารับทราบว่าอาจส่งผลให้บริษัทต้องยุติ บอกเลิก หรือปฏิเสธสัญญาประกันภัยทั้งที่เกิดขึ้นแล้วและ/หรือที่กำลังจะเกิดขึ้นได้

วัตถุประสงค์อื่น ๆ นอกเหนือจากการประกันภัยตามข้อ 2.

- ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจวัตถุประสงค์อื่นๆ นอกเหนือจากการประกันภัยตามข้อ 2. ข้างต้น รวมทั้งประกาศความเป็นส่วนตัว (Privacy Notice) ตามเอกสารแนบอย่างชัดเจนแล้ว จึงแสดงความประสงค์ดังนี้

  ☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

- ข้าพเจ้ารับทราบว่า การให้ความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูลเป็นความสมัครใจของข้าพเจ้าที่จะให้ความยินยอมหรือไม่ก็ได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการพิจารณารับประกันภัย และข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะขอเข้าถึง เปลี่ยนแปลง คัดค้าน ลบ ทำลาย ระงับการใช้ สอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า หรือถอนความยินยอมเมื่อใดก็ได้ โดยแจ้งความประสงค์ไปยังบริษัทล่วงหน้าอย่างน้อย 30 วัน ทั้งนี้ ข้าพเจ้ายอมรับผลของการขอยกเลิกการให้ความยินยอมว่าอาจทำให้เกิดข้อจำกัดกับบริษัทในการดำเนินการกับใบสมัครที่เกี่ยวข้อง การทำธุรกรรมหรือการให้บริการแก่ข้าพเจ้าได้

ลงชื่อ _____

(_____)

ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ _____

(_____)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ

☐ บิดา/มารดา

☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้ขอเอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)