คำขอกู้ยืมเงินสหกรณ์ออมทรัพย์ พนักงาน ธนชาต จำกัด

จัดส่งเอกสารได้ที่
สหกรณ์ออมทรัพย์ พนักงานธนชาต จำกัด (F6.D001001)
444 ศูนย์การค้าเอ็มบีเคเซ็นเตอร์ ชั้น 6 ถนนพญาไท
แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

เรียน คณะกรรมการเงินกู้ สหกรณ์ออมทรัพย์ พนักงาน ธนชาต จำกัด

1.ประวัติและรายละเอียดผู้กู้

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... สมาชิกเลขที่ .....

มีความประสงค์ขอเสนอคำขอกู้ต่อ สหกรณ์ออมทรัพย์ พนักงาน ธนชาต จำกัด และขอให้รายละเอียดดังนี้

ระดับงาน .....ตำแหน่ง.....

ส่วนงาน.....บริษัท.....

อาคาร.....ชั้น..... โทรศัพท์(ทำงาน).....ต่อ.....

โทรสาร..... โทรศัพท์(บ้าน) .....

โทรศัพท์มือถือ..... E-Mail .....

วันเดือนปีเกิด..... อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน .....

สถานภาพ ☐โสด ☐สมรส ☐หย่า ☐หม้าย จำนวนบุตร.....คน

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
บ้านเลขที่ .....ตำบล.....
อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

ที่อยู่ปัจจุบัน (❑ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน)
บ้านเลขที่ .....ตำบล.....
อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

ที่อยู่ระบุในใบเสร็จรับเงินกู้ (❑ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ❑ ที่อยู่ปัจจุบัน)
กรณีไม่ระบุ สหกรณ์จะยึดถือตามที่อยู่ปัจจุบัน
บ้านเลขที่ .....ตำบล.....
อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

ช่องทางการรับเอกสาร/สัญญากู้เงิน ประเภทสามัญ
โปรดระบุ E-Mail ..... ทั้งนี้ ข้าพเจ้าตกลงและยอมรับว่าการดำเนินการของสหกรณ์ผ่านช่องทางดังกล่าว เป็นไปตามความประสงค์และความสมัครใจของข้าพเจ้า และไม่ถือว่าเป็นการเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าให้แก่บุคคลอื่นแต่อย่างใด

2.รายละเอียดคำขอ

เงินกู้ประเภท .....

จำนวนเงินที่ขอกู้ .....บาท ระยะเวลาที่ขอกู้.....ปี ผ่อนงวดละ..... .....บาท

วัตถุประสงค์และความจำเป็นในการขอกู้ (ถ้าไม่แจ้งข้อมูล จะไม่พิจารณาการกู้).....

.....

3.บุคคลค้ำประกันและ/หรือผู้ให้หลักประกัน

3.1 [ ] สมาชิกค้ำประกันและ/หรือผู้ให้หลักประกัน

ชื่อ-สกุล .....สมาชิกเลขที่..... ความสัมพันธ์กับผู้กู้.....โทรศัพท์ (มือถือ).....

ตำแหน่งงาน.....ส่วนงาน.....บริษัท.....โทรศัพท์(ทำงาน).....

ลงชื่อ ..... สมาชิกผู้ค้ำประกัน/ผู้ให้หลักประกัน

( )

วันที่ .....

3.2 [ ] บุคคลภายนอกค้ำประกันและ/หรือผู้ให้หลักประกัน

ชื่อ-สกุล .....สมาชิกเลขที่..... ความสัมพันธ์กับผู้กู้.....โทรศัพท์ (มือถือ).....

ตำแหน่งงาน.....ส่วนงาน.....บริษัท.....โทรศัพท์(ทำงาน).....

ลงชื่อ ..... ผู้ค้ำประกัน/ผู้ให้หลักประกัน

( )

วันที่ .....

(1) ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นในคำขอกู้นี้ครบถ้วนและเป็นความจริงทุกประการ และยินยอมให้สหกรณ์ตรวจสอบความถูกต้องได้ตามวิธีที่เห็นสมควรและข้าพเจ้าให้สัญญาว่าจะปฏิบัติตามเงื่อนไขและวิธีการที่กำหนดไว้สำหรับการกู้ยืมเงิน ตามข้อบังคับ ระเบียบ หรือประกาศ รวมทั้งมติของคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการ ที่มีอยู่ ณ ปัจจุบันนี้ และจะมีขึ้นในอนาคตทุกประการ

(2) ในกรณีที่ข้าพเจ้า ให้ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดที่จำเป็น เพื่อใช้ในการทำสัญญาและ/หรือใช้ประกอบการพิจารณาการขอกู้ยืมเงินกู้ของข้าพเจ้า เช่น ข้อมูลบุคคลค้ำประกัน ข้อมูลผู้ให้หลักประกัน ข้อมูลสัญญาจะซื้อจะขายอสังหาริมทรัพย์ ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมจากบุคคลดังกล่าวในการให้สหกรณ์เก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลดังกล่าว รวมทั้งข้าพเจ้าได้แจ้งให้บุคคลดังกล่าวทราบถึงนโยบายการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสหกรณ์ที่เผยแพร่บนเว็บไซต์สหกรณ์ (www.thanachartcoop.or.th) แล้ว

ลงชื่อ ..... สมาชิกผู้ขอกู้

( )

วันที่ .....

ปรับปรุงเมื่อ 13 กุมภาพันธ์ 2567

ธนาคารทหารไทยธนชาต จำกัด (มหาชน)
TMBThanachart Bank Public Company Limited
3000 ถนนพหลโยธิน แขวงจอมพล เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10900

สำหรับผู้ชำระเงิน

คำขอใช้บริการหักบัญชีเงินฝากอัตโนมัติ ทีทีบี (ttb direct debit) และ หนังสือยินยอมให้หักบัญชีเงินฝาก

เขียนที่ .....

วันที่ ..... *เดือน* ..... *พ.ศ.*.....

เรียน *ผู้จัดการธนาคารทหารไทยธนชาต จำกัด (มหาชน) ("ธนาคาร") สำนักงานใหญ่/สาขา* .....

ข้อมูลผู้ขอใช้บริการ

ชื่อ - นามสกุล ..... *เจ้าของบัญชีเงินฝากประเภท* ☐ *ออมทรัพย์* ☐ *กระแสรายวัน*

บัญชีเลขที่ ☐☐☐-☐-☐☐☐☐☐-☐ *ชื่อบัญชี* ..... *("บัญชีเงินฝาก")*

สถานที่ติดต่อ เลขที่ ..... *หมู่บ้าน*..... *ตรอก/ซอย* ..... *ถนน* .....

ตำบล/แขวง.....*อำเภอ/เขต* ..... *จังหวัด* ..... *รหัสไปรษณีย์* .....

โทร. ..... *Email* .....

ข้อมูลบริษัทที่ใช้บริการรับชำระค่าบริการ ("บริษัท")

ชื่อบริษัท : ***สหกรณ์ออมทรัพย์ พนักงาน ธนชาต จำกัด***

ชื่อผู้ใช้ / ชื่อลูกค้า .....

รายละเอียดค่าใช้บริการ :.....—

หมายเลขอ้างอิง 1 (Ref. No.1) :* .....

หมายเลขอ้างอิง 2 (Ref. No.2) : .....— *(ถ้ามี)*

** ข้อมูลอ้างอิงที่ระบุในใบแจ้งหนี้/ใบเสร็จรับเงิน เช่น รหัสลูกค้า, หมายเลขโทรศัพท์, หมายเลขบัตรประชาชน (กรณีไม่มีใบแจ้งหนี้/ใบเสร็จให้ระบุ รหัสลูกค้า)*

วัตถุประสงค์ของคำขอ (โปรด ✓ ลงใน ☐)

☐ *สมัครใช้บริการหักบัญชีเงินฝากอัตโนมัติ ทีทีบี (ttb direct debit) (โปรดลงนามใน "หนังสือยินยอมให้หักบัญชีเงินฝาก" ตามเอกสารแนบ)*

☐ *เปลี่ยนแปลงเลขที่บัญชี / ชื่อบัญชี*

เลขที่บัญชีเดิม : ☐☐☐-☐-☐☐☐☐-☐☐☐ *ชื่อบัญชีเดิม* .....

เลขที่บัญชีใหม่ : ☐☐☐-☐-☐☐☐☐-☐☐☐ *ชื่อบัญชีใหม่* .....

☐ *ยกเลิกการสมัครใช้บริการและเพิกถอนความยินยอมให้หักบัญชีเงินฝาก (โปรดยกเลิกการสมัครใช้บริการและเพิกถอนความยินยอมให้หักบัญชีเงินฝากเป็นลายลักษณ์อักษรให้ธนาคารและบริษัททราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 2 เดือน)*

*(*การเพิกถอนความยินยอมจะมีผลหลังจากผู้ขอใช้บริการลงนามในคำขอฉบับนี้ไม่น้อยกว่า 2 เดือน)*

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความต่าง ๆ ที่ปรากฏในคำขอฉบับนี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ และตกลงยินยอมผูกพันตามเงื่อนไขและข้อตกลงที่ระบุไว้ในหนังสือยินยอมให้หักบัญชีเงินฝากแนบท้ายคำขอฉบับนี้ รวมทั้งข้าพเจ้ารับทราบว่าธนาคารไม่มีหน้าที่แจ้งผลการสมัครใช้บริการตามคำขอฉบับนี้ และ/หรือ วันเริ่มต้นหักบัญชีเงินฝากให้ข้าพเจ้าทราบ โดยบริษัทจะเป็นผู้แจ้งข้อมูลดังกล่าวแก่ข้าพเจ้าแต่เพียงผู้เดียว

ลงชื่อ.....*ผู้ขอใช้บริการ*

(.....)

ธนาคารทหารไทยธนชาต จำกัด (มหาชน)
TMBThanachart Bank Public Company Limited
3000 ถนนพหลโยธิน แขวงจอมพล เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10900

หนังสือยินยอมให้หักบัญชีเงินฝาก

***ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้ธนาคารหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้า** (รายละเอียดตามที่ระบุในหน้า 1) **และนำเงินดังกล่าวโอนเข้าบัญชีเงินฝากของบริษัท และ/หรือ บัญชีอื่นใดซึ่งบริษัทจะเปลี่ยนแปลง หรือ กำหนดเพิ่มเติมในอนาคต เพื่อชำระหนี้ และ/หรือ บรรดาภาระผูกพันต่าง ๆ ตามจำนวนเงินที่ปรากฏในใบแจ้งหนี้ หรือ ระบบสื่อสารข้อมูลคอมพิวเตอร์ หรือข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์** (Electronic Data) **หรือ คำขอที่ธนาคารได้รับจากบริษัท** (“คำขอ”)*

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าตกลงชำระค่าบริการ และ/หรือ ค่าธรรมเนียม และ/หรือ ค่าใช้จ่าย ที่เกี่ยวกับการใช้บริการหักบัญชี** (หากมี) **ให้แก่ธนาคารตามอัตราและวิธีการที่ธนาคารกำหนด โดยยินยอมให้ธนาคารหักเงินจากบัญชีเงินฝากที่ระบุข้างต้น และ/หรือ บัญชีเงินฝากอื่นใดของข้าพเจ้าที่มีอยู่กับธนาคาร เพื่อชำระค่าบริการ และ/หรือ ค่าธรรมเนียม และ/หรือ ค่าใช้จ่ายดังกล่าวได้ และในการหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าเพื่อชำระหนี้ และ/หรือ บรรดาภาระผูกพันต่าง ๆ ให้แก่บริษัทดังกล่าว หากปรากฏในภายหลังว่าจำนวนเงินที่ระบุในคำขอตามที่ธนาคารได้รับจากบริษัทไม่ถูกต้อง และธนาคารได้ทำการหักเงินจากบัญชีเงินฝากของข้าพเจ้าตามจำนวนที่ปรากฏในคำขอเรียบร้อยแล้ว ข้าพเจ้าตกลงที่จะดำเนินการเรียกร้องเงินจำนวนดังกล่าวจากบริษัทโดยตรง โดยข้าพเจ้าขอสละสิทธิ์ในการเรียกร้อง หรือฟ้องร้องให้ธนาคารชดใช้ และ/หรือ คืนเงินที่ธนาคารได้หักและโอนเข้าบัญชีเงินฝากของบริษัท และ/หรือ เงินค่าบริการ และ/หรือ ค่าธรรมเนียม และ/หรือ ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่หักชำระให้แก่ธนาคาร (ถ้ามี) และข้าพเจ้ายอมรับว่าธนาคารจะหักเงินจากบัญชีของข้าพเจ้าได้ต่อเมื่อมีเงินในบัญชีเงินฝากเพียงพอในการหักบัญชีในขณะนั้นเท่านั้น และในการหักบัญชีเงินฝากดังกล่าว ข้าพเจ้าไม่ประสงค์จะให้ธนาคารแจ้งการหักบัญชีแต่อย่างใด เนื่องจากข้าพเจ้าสามารถทราบรายการดังกล่าวนั้นได้จากสมุดคู่ฝาก และ/หรือ** STATEMENT **ของธนาคาร และ/หรือ จากใบรับเงิน และ/หรือใบเสร็จรับเงินของบริษัทอยู่แล้ว

ในกรณีที่เอกสารหลักฐานและเลขที่บัญชีเงินฝากที่ระบุในคำขอและหนังสือนี้ได้เปลี่ยนแปลงไปไม่ว่าโดยเหตุใดก็ตาม ข้าพเจ้าตกลงให้หนังสือยินยอมให้หักบัญชีเงินฝากฉบับนี้คงมีผลใช้บังคับสำหรับบัญชีเงินฝากที่ได้มีการเปลี่ยนแปลงเอกสารหลักฐาน หรือเลขที่บัญชีเงินฝากดังกล่าวได้ด้วยทุกประการ การขอให้หักบัญชีเงินฝากตามหนังสือนี้ให้มีผลใช้บังคับทันทีนับแต่วันทำหนังสือนี้ และให้คงมีผลบังคับต่อไปจนกว่าจะได้เพิกถอน โดยทำเป็นลายลักษณ์อักษรให้ธนาคารและบริษัททราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 2 เดือน

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมให้ธนาคารเก็บรวบรวม และ/หรือ ใช้ และ/หรือ เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลหรือข้อมูลอื่นใดของข้าพเจ้าให้แก่หน่วยงานราชการ และ/หรือ ผู้ให้บริการภายนอกที่ธนาคารเป็นคู่สัญญา หรือมีความสัมพันธ์ด้วยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ และ/หรือ หน่วยงาน/องค์กร/นิติบุคคลใด ๆ ที่มีสัญญาอยู่กับธนาคาร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการบริหารจัดการธุรกิจของธนาคาร หรือการที่ธนาคารจ้างหรือมอบหมายให้บุคคลอื่นดำเนินการแทนไม่ว่างานเกี่ยวกับเทคโนโลยีสารสนเทศ งานติดต่อสื่อสาร งานติดตามทวงถามหนี้ หรืองานอื่นใดไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่จำเป็นเพื่อการดำเนินงานตามข้อตกลงที่ข้าพเจ้ามีอยู่กับธนาคาร

ลงชื่อ**…… **ผู้ให้ความยินยอม

(……..)

(ตามที่ให้ไว้กับธนาคาร)

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท (กรณีส่งผ่านบริษัท)	*สำหรับเจ้าหน้าที่ธนาคาร*
Company ID./Company Code: ☐☐☐☐ ***รับทราบโดย*** ***ลงชื่อ*** ……..…… *(…….……..……)* ***บริษัท*** ……..…… ***จำกัด***	***รับรองความถูกต้องของบัญชีเงินฝากและลายมือชื่อผู้ให้ความยินยอม*** ○ ***ธนาคารตกลงดำเนินการตามความประสงค์ของเจ้าของบัญชี*** ○ ***ธนาคารไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจาก*** ☐ ***บัญชีปิด/Dormant*** ☐ ***ลายมือชื่อไม่ถูกต้อง*** ☐ ***เลขที่บัญชีไม่ถูกต้อง*** ☐ ***อื่น ๆ*** …….. ***ลงชื่อ*** ……..…… *(…….……..……)* ***ลายมือชื่อผู้รับมอบอำนาจสาขา*** ***ระบุเลขที่บัตรพนักงาน***……

สามารถอัพเดทข่าวสารสหกรณ์
ได้ตาม QR Code ดังนี้

Add Line Official หรือ Website สหกรณ์

แบบกรอกการแสดงตนสำหรับทำธุรกรรมกับสหกรณ์

ลำดับเลขที่เอกสาร _____

วันที่รับเอกสาร _____

❑ สมาชิก ❑ บุคคลภายนอก

*วันที่ _____

ข้อ 1. ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับข้าพเจ้า

(*1)**คำนำหน้า** ❑ นาย ❑ นาง ❑ นางสาว ❑ อื่นๆ _____ (*1)**ชื่อ-นามสกุล** _____ สมาชิกเลขที่_____

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาอังกฤษ) _____ (*2)**วันเดือนปี เกิด** _____วันหมดอายุ _____ สัญชาติ _____

(*3)**เลขที่บัตรประชาชน**_____ สถานภาพ ❑ โสด ❑ สมรส ❑ หย่าร้าง ❑ หม้าย ❑ สมรสไม่จดทะเบียน

ข้อ 2. ข้อมูลอาชีพ / แหล่งที่มาของรายได้

(*5)**2.1 อาชีพ**

❑ พนักงานบริษัท	❑ ข้าราชการ	❑ ศิลปิน/นักแสดง	❑ นักบัญชี	❑ นักเรียน/นักศึกษา
❑ เจ้าของกิจการ	❑ ตำรวจ/ทหาร	❑ รับจ้าง	❑ วิศวกร/สถาปนิก/มัณฑนากร	❑ พ่อบ้าน/แม่บ้าน
❑ นักการเมือง	❑ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	❑ อาชีพอิสระ	❑ บุคลากรทางการแพทย์	❑ อื่น ๆ ระบุ _____
❑ เกษตรกร	❑ นักบวช	❑ ข้าราชการบำนาญ	❑ ครู/อาจารย์	_____
❑ แพทย์/สัตวแพทย์	❑ พนักงานของรัฐ	❑ นักกฎหมาย	❑ นักคอมพิวเตอร์	_____

(*5)**2.2 *ตำแหน่ง**

❑ ผู้บริหารระดับสูงภาคเอกชน	❑ เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการภาคเอกชน	❑ ผู้บริหารระดับสูงภาครัฐ	❑ เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการภาครัฐ
❑ ผู้บริหารระดับกลางภาคเอกชน	❑ เจ้าหน้าที่ระดับล่างภาคเอกชน	❑ ผู้บริหารระดับล่างภาครัฐ	❑ เจ้าหน้าที่ระดับล่างภาครัฐ
❑ ผู้บริหารระดับล่างภาคเอกชน	❑ ข้าราชการการเมืองระดับประเทศ	❑ เจ้าหน้าที่อาวุโสภาครัฐ	❑ อื่น ๆ ระบุ _____
❑ เจ้าหน้าที่อาวุโสภาคเอกชน	❑ ข้าราชการการเมืองระดับท้องถิ่น	❑ เจ้าหน้าที่ระดับล่างภาครัฐ	_____

2.3 *เงินเดือน ❑ ต่ำกว่า 30,000 บาท ❑ 30,001 ถึง 60,000 บาท ❑ 60,001 ถึง 100,000 บาท ❑ 100,000 บาทขึ้นไป ❑ รายได้อื่น _____/เดือน

2.4 *แหล่งที่มาของรายได้ _____ ***ผู้ได้รับผลประโยชน์ที่แท้จริง** ❑ ข้าพเจ้า ❑ บุคคลอื่น (ระบุ) _____

ข้อ 3. ข้อมูลที่อยู่ / สถานที่ติดต่อ

(*4)**ที่อยู่ปัจจุบัน** เลขที่_____อาคาร_____ชั้น____ห้อง_____ซอย_____ถนน_____

ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

(*6)โทรศัพท์/ มือถือ _____ E-mail _____

(*4)**ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน** เลขที่_____อาคาร_____ชั้น____ห้อง_____ซอย_____ถนน_____

ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

(*5)**ที่อยู่ที่ทำงาน** บริษัท_____เลขที่_____อาคาร_____ชั้น_____ถนน_____

ตำบล_____ อำเภอ _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

โทรศัพท์ที่ทำงาน _____ E-mail _____

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่ระบุในแบบรายการแสดงตนนี้ถูกต้องเป็นจริงทุกประการ

***ลายมือชื่อผู้แสดงตน** ×_____

(_____)

หมายเหตุ กรุณาระบุข้อความที่มี (*) ให้ครบถ้วน และแนบสำเนาบัตรประชาชนพร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

จัดส่งเอกสารได้ที่ ส่วนงานเงินกู้ สหกรณ์ออมทรัพย์ พนักงาน ธนชาต จำกัด (F6.D001001)
444 ศูนย์การค้าเอ็มบีเคเซ็นเตอร์ ชั้น 6 ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

***ข้อมูลการทำธุรกรรมกับสหกรณ์ สำหรับเจ้าหน้าที่สหกรณ์**

❑ การกู้ยืม	❑ ผู้จำนำเล่มทะเบียน	ประเภทการกู้ยืม_____
❑ การค้ำประกัน	❑ ผู้รับสินไหม	เลขที่สัญญา _____
❑ ผู้จำนองอสังหาริมทรัพย์	❑ อื่น ๆ ระบุ_____	รายละเอียดการทำธุรกรรม_____
❑ ความสัมพันธ์กับสมาชิก	_____	_____

เจ้าหน้าที่ตรวจสอบเอกสาร	เจ้าหน้าที่ตรวจสอบการแสดงตน	ผู้ตรวจสอบ
❑ ตรวจสอบการกรอกข้อมูลและเอกสารประกอบการแสดงตนครบถ้วน	❑ ตรวจสอบหลักฐานการแสดงตนและบันทึกข้อมูล ❑ ตรวจสอบว่าไม่เป็นบุคคลที่ถูกกำหนด	❑ ตรวจสอบการแสดงตนเรียบร้อย ไม่เป็นบุคคลที่ถูกกำหนด เห็นควรให้ทำธุรกรรมได้
ลงชื่อ _____	ลงชื่อ _____	ลงชื่อ _____
(_____)	(_____)	(_____)
วันที่ _____	วันที่ _____	วันที่ _____

ทีไลฟ์ประกันชีวิต
T Life Assurance
บริษัท ที ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
T Life Assurance Public Company Limited
59/5 อาคารพาราไดซ์ เพลส ชั้น 4 ถนนศรีนครินทร์ แขวงหนองบอน เขตประเวศ กรุงเทพมหานคร 10250
59/5 Paradise Place Building, 4th Floor, Srinagarindra Road, Nong Bon, Prawet, Bangkok 10250 THAILAND
โทร./Tel: (662) 111-0055 โทรสาร/Fax: (662) 111-0056 www.tlife.co.th

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย
สมาชิกผู้ขอเอาประกันภัยต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใดๆอาจจะเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธไม่จ่ายเงินคืนค่าสินไหมทดแทน ตามสัญญาประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มแบบ..... **ประเภทความคุ้มครอง** ☐ บุคคลทั่วไป ☐ สินเชื่อ
กรมธรรม์ประกันชีวิตกลุ่มเลขที่..... ใบคำขอเอาประกันชีวิตเลขที่.....

ส่วนที่ 1: คำถามเกี่ยวกับข้อมูลและรายละเอียดการขอเอาประกันภัยของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย

1. สำหรับสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย

☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว .....นามสกุล.....สกุลเดิม.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ. ..... อายุ.....ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง สัญชาติ..... เชื้อชาติ.....-.....
สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่า ☐ หม้าย เอกสารที่ใช้แสดง ☐ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ อื่นๆ.....
เลขประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางในกรณีที่เป็นคนต่างชาติ.....
สถานที่ออกบัตร.....ลงวันที่.....วันหมดอายุ.....
ที่อยู่ปัจจุบัน.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....มือถือ.....อีเมล์.....
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....มือถือ.....อีเมล์.....
สถานที่ทำงาน.....อาคาร.....
เลขที่.....หมู่ที่.....ชั้น.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
สถานที่สะดวกในการติดต่อ ☐ ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ☐ สถานที่ทำงาน
อาชีพประจำ.....ตำแหน่ง.....ลักษณะงานที่ทำ.....
รายได้ประจำต่อปี.....บาท รายได้อื่นๆ ต่อปี.....บาท
แหล่งที่มาของรายได้ (นอกเหนือจากอาชีพหลัก).....จากประเทศ.....

2. ยอดเงินกู้.....บาท ระยะเวลากู้..... ผู้ร่วมกู้ ☐ ไม่มี ☐ มี

3. แบบประกัน.....MRTA.....ยอดเงินที่ขอเอาประกัน.....บาท ระยะเวลาที่ขอเอาประกันภัย.....ปี
จำนวนเบี้ยประกันภัย.....บาท ☑ ชำระเบี้ยประกันภัยครั้งเดียว (☐ เงินสด ☐ กู้เพิ่ม)
☐ ชำระเบี้ยประกันภัยรายงวด (☐ รายปี ☐ ราย 6 เดือน ☐ ราย 3 เดือน ☐ รายเดือน)
สัญญาเพิ่มเติมที่ต้องการ..... ความคุ้มครอง (บาท) .....

4. ผู้รับประโยชน์ (กรณีคุ้มครองสินเชื่อและต้องการให้สถาบันการเงินเป็นผู้รับประโยชน์ โปรดระบุชื่อสถาบันการเงินเป็นผู้รับประโยชน์ลำดับที่ 1)

ลำดับที่	ชื่อ – นามสกุล / สถาบันทางการเงิน	อายุ (ปี)	ความสัมพันธ์	เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง/ เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้	ร้อยละของผลประโยชน์
1.	สหกรณ์ออมทรัพย์ พนักงาน ธนชาต จำกัด		เจ้าหนี้		

ส่วนที่ 2: คำแถลงสุขภาพ

5. ถ้อยแถลงสุขภาพโดยบุคคลของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย

5.1 น้ำหนัก.....กก. ส่วนสูง.....ซม. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านเปลี่ยนแปลงหรือไม่
☐ ไม่เปลี่ยนแปลง ☐ เพิ่มขึ้น.....กก. ☐ ลดลง.....กก. สาเหตุที่น้ำหนักเปลี่ยนแปลง.....

5.2 ท่านเคยถูกปฏิเสธ เลื่อนการรับประกันภัย เพิ่มอัตราเบี้ยประกันภัย เปลี่ยนแปลงเงื่อนไข สำหรับการขอเอาประกันภัยหรือการขอกลับคืนสู่สถานะเดิม หรือการขอต่ออายุของกรมธรรม์จากบริษัทนี้หรือบริษัทอื่นหรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย
ถ้าเคย โปรดระบุบริษัท.....สาเหตุ.....เมื่อใด.....

5.3 ท่านเคยได้รับการวินิจฉัย หรือรับการรักษา หรือตั้งข้อสังเกตโดยแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคตามรายการท้ายคำถามนี้หรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย
หากเคย กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☐ และให้ระบุโรคและการรักษาตามรายละเอียดด้านล่าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ โรคหัวใจ ☐ โรคปอดหรือปอดอักเสบ ☐ โรคตับ ☐ โรคเอดส์หรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง
☐ โรคเบาหวาน ☐ โรคความดันโลหิตสูง ☐ โรคมะเร็ง ☐ โรควัณโรค ☐ โรคประสาท
☐ โรคไต ☐ โรคหลอดเลือดในสมอง ☐ โรคแผลในทางเดินอาหาร ☐ โรคพิษสุราเรื้อรัง
กรณีเคยเป็นโรคใดโรคหนึ่งข้างต้น โปรดระบุ วัน/เดือน/ปี ที่เข้ารับการรักษา.....ชื่อของแพทย์ (หากระบุได้โปรดระบุ).....
สถานพยาบาลที่รักษา.....อาการในปัจจุบัน.....

5.4 ในระหว่าง 5 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับ

ก. การตรวจสุขภาพ การตรวจชิ้นเนื้อ หรือการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค เช่น การเอกซเรย์ การตรวจคลื่นหัวใจ การตรวจเลือด หรือการตรวจด้วยเครื่องมือพิเศษอื่นๆ หรือไม่ ☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด ตรวจอะไร.....เมื่อใด.....
สถานที่ตรวจ.....ผลการตรวจ.....ข้อสังเกตโดยแพทย์.....

ข. การบาดเจ็บ เจ็บป่วย การผ่าตัด การปรึกษาแพทย์ การแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพ การรักษาในสถานพยาบาลที่มิได้ระบุไว้ข้างต้น
☐ ไม่เคย ☐ เคย ถ้าเคย โปรดระบุรายละเอียด อาการ.....เมื่อใด.....
ชื่อสถานพยาบาล.....ผลการรักษา.....

ส่วนที่ 3 การรับรองสถานะและคำยินยอมและตกลงเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย Foreign Account Tax Compliance Act ของประเทศสหรัฐอเมริกา (กฎหมาย FATCA)

1. การรับรองสถานะ

ก. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่

☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ ☐ ถือสัญชาติอเมริกัน ☐ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา ☐ ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา

ข. ผู้ขอเอาประกันภัยเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่

☐ ไม่เป็น ☐ เป็น ☐ เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ

ค. ผู้ขอเอาประกันภัยมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรสหรัฐอเมริกาหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี

ง. ผู้ขอเอาประกันภัยมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา) ☐ ไม่มี ☐ มี

2. คำยินยอมและตกลง

ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) อาจมีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตาม กฎหมาย FATCA ในการนี้ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทสามารถดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดดังต่อไปนี้ เพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ก. การเปิดเผยข้อมูล การให้ข้อมูล และการแจ้งการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทเปิดเผยข้อมูลใดๆ ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

ข้าพเจ้าตกลงที่จะแจ้งให้บริษัททราบเกี่ยวกับกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใดๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

ข. ผลของการไม่ให้ข้อมูล

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่ให้ข้อมูล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้สิทธิกับบริษัทในการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA

ในกรณีที่บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายตามกฎหมาย FATCA จากเหตุไม่ให้ข้อมูลตามกฎหมาย FATCA บริษัทต้องส่งหนังสือบอกกล่าวก่อนว่า ให้ข้าพเจ้าแสดงเอกสารหลักฐานใดๆ หรือมีหนังสือยืนยันต่อบริษัทว่าข้าพเจ้าไม่มีหน้าที่ต้องเสียภาษีในประเทศสหรัฐอเมริกาภายในระยะเวลา 15 วันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามคำบอกกล่าว บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่ายจากจำนวนเงินใดๆ ที่ข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับตามกรมธรรม์ประกันภัยตามที่กำหนดไว้ในกฎหมาย FATCA ก็ได้ ทั้งนี้ การส่งหนังสือแจ้งการปฏิเสธการรับประกันภัย หรือใช้สิทธิหักภาษี ณ ที่จ่าย และการบอกกล่าวดังกล่าว บริษัทจะส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนถึงข้าพเจ้าตามที่อยู่ที่ข้าพเจ้าแจ้งให้บริษัททราบ

สมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย ขอให้คำยืนยันรับรองและยินยอม ดังต่อไปนี้

ก. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันชีวิตนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัย และปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์

ข. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้

ค. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้

ง. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของข้าพเจ้าต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจการประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

ผู้ขอเอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่ ☐ ไม่มีความประสงค์ ☐ มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันชีวิตส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์ วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้ขอเอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) ซึ่งเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากกรมสรรพากร เลขที่.....

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

ลงชื่อ.....

( )

สมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

( ) ( )

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต พยาน

1. หากสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัยยกเลิกกรมธรรม์ประกันภัยก่อนครบกำหนดสัญญา ผลประโยชน์ที่สมาชิกผู้ขอเอาประกันภัยจะได้รับจะเป็นไปตามตารางมูลค่าเงินเวนคืนในกรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจน้อยกว่าจำนวนเงินเอาประกันภัยที่กำหนดไว้

2. ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย

แบบฟอร์มประกอบใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่มแบบคุ้มครองสินเชื่อ

ใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่.....

ชื่อสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย.....**นามสกุล**.....**สกุลเดิม**.....

<u>การรับรองสถานะเพื่อปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการปฏิบัติการตามความตกลงระหว่างรัฐบาลแห่งราชอาณาจักรไทยกับรัฐบาลแห่งประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อความร่วมมือในการปรับปรุงการปฏิบัติตามการภาษีอากรระหว่างประเทศ (กฎหมาย FATCA) ของผู้ขอเอาประกันภัย</u>

1. การรับรองสถานะ

ก.ท่านมีสัญชาติ ประเทศที่เกิด ที่เกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา หรือไม่	❑ ไม่มี	❑ มี โปรดระบุ ❑ ถือสัญชาติอเมริกัน ❑ เกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา ❑ ถือสัญชาติอเมริกันและเกิดในประเทศสหรัฐอเมริกา
ข. ท่านเป็นหรือเคยเป็นผู้ถือบัตรประจำตัวผู้มีถิ่นที่อยู่ถาวรอย่างถูกกฎหมายในประเทศสหรัฐอเมริกา (Green card) หรือไม่ ❑ ไม่เป็น ❑ เป็น ❑ เคยเป็นและสิ้นผลบังคับ กรณีเป็นหรือเคยเป็น โปรดระบุเลขที่..... วันบัตรหมดอายุ …….....		
ค. ท่านมีหน้าที่เสียภาษีให้แก่กรมสรรพากรของประเทศสหรัฐอเมริกาหรือไม่		❑ ไม่มี ❑ มี
ง. ท่านมีสถานะเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาเพื่อวัตถุประสงค์ในการเก็บภาษีอากรของประเทศสหรัฐอเมริกาใช่หรือไม่ (เช่น มีถิ่นที่อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อย 183 วันในปีปฏิทินที่ผ่านมา)		❑ ไม่มี ❑ มี

2. คำรับรอง

(1) ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทประกันชีวิต (“บริษัท”) มีข้อผูกพันหรือต้องปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(2) ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจำเป็นต้องเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้า ที่บริษัทมีหน้าที่ต้องเปิดเผยต่อหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

(3) ข้าพเจ้าจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่บริษัทร้องขอเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA เป็นหนังสือภายในระยะเวลาที่กำหนด

(4) ข้าพเจ้าจะแจ้งให้บริษัททราบกรณีมีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูลใด ๆ ที่ข้าพเจ้าเคยแจ้งไว้กับบริษัทไว้ก่อนหน้านี้ หากสถานะหรือข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับประเทศสหรัฐอเมริกา ภายในระยะเวลา 30 วันนับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงสถานะหรือข้อมูล

(5) ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่เปิดเผยข้อมูลตาม (3) และ (4) ข้าพเจ้าให้สิทธิกับบริษัทในการรายงานข้อมูลของข้าพเจ้าไปยังหน่วยงานภาครัฐในประเทศหรือต่างประเทศเพื่อปฏิบัติตามกฎหมาย FATCA

<u>ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของผู้ขอเอาประกันภัยและการให้ความยินยอม</u>

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 การพิจารณารับประกันภัย หรือ การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้
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 จะมีผลกระทบต่อการพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
5. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน [https://www.tlife.co.th/privacy-policy-customer] รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th

6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

(1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)

(2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ

(3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [https://www.tlife.co.th/privacy-policy-customer ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th]

(4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

ลงชื่อ.....

(.....)

สมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

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

ลงชื่อ……..……..

(……)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

ลงชื่อ……..……..

(……)

สมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย

ข้อมูลสำคัญก่อนตัดสินใจทำกรมธรรม์ประกันภัย แบบคุ้มครองสินเชื่อ ประเภทกลุ่ม กรณีจำนวนเงินเอาประกันไม่สอดคล้องกับหนี้สินคงค้าง *

ตามที่ข้าพเจ้า.....ได้ยื่นขอเอาประกันชีวิต ตามเอกสารอ้างอิง (ใบคำขอเอาประกันชีวิต/เอกสารเสนอขาย/บัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือสัญญาเงินกู้/เอกสารอ้างอิงอื่นใด) (ถ้ามี) เลขที่.....กับ บริษัท ที ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") และได้ให้รายละเอียดไว้ในใบคำขอเอาประกันชีวิตแล้วนั้น

ข้าพเจ้าได้รับทราบเกี่ยวกับรูปแบบของการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ จากผู้ขายแล้วว่ามีรูปแบบของการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ 2 ประเภท ได้แก่

★ **คุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่**

★ **คุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง**

หากจำนวนเงินเอาประกันภัยและระยะเวลาเอาประกันภัยเท่ากัน การประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่ จำนวนเบี้ยประกันภัยจะสูงกว่า การประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

ข้อควรทราบที่สำคัญ

1. การทำประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ ไม่ได้เป็นการบังคับ สามารถเลือกซื้อได้ตามความสมัครใจ

2. **ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัย แล้วแต่กรณี มีสิทธิในการขอยกเลิกการประกันภัยภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือรับรองการประกันชีวิต โดยจะได้รับเบี้ยประกันภัยที่เหลือหลังจากหักค่าตรวจสุขภาพตามที่จ่ายจริง และค่าใช้จ่ายของบริษัทฉบับละ 500 บาท (ถ้ามี) ทั้งนี้ ในกรณีที่ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัย ได้ใช้สิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนแล้ว ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัย ไม่มีสิทธิในการขอยกเลิกการประกันภัยฉบับนี้

3. หากผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัย ขอยกเลิกการประกันภัยภายหลังจากพ้นระยะเวลาตามข้อ 2. ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัยจะได้รับเงินค่าเวนคืนตามตารางมูลค่ากรมธรรม์ประกันภัย (ถ้ามี) ซึ่งอาจจะน้อยกว่าจำนวนเบี้ยประกันภัยที่ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัยได้ชำระไว้

หากท่านมีปัญหา หรือข้อสงสัย

โปรดติดต่อสำนักงาน คปภ. โทร. 02-515-3996-9 หรือ สายด่วนประกันภัย 1186

ข้าพเจ้าได้รับทราบคำอธิบายรวมทั้งรับทราบข้อเท็จจริง เกี่ยวกับรูปแบบการประกันชีวิตเพื่อคุ้มครองสินเชื่อ โดยข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอสมัครเอาประกันภัย ประเภท

☐ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่

..... ลงนาม

( )

ผู้ขาย (ตัวแทน/นายหน้าประกันชีวิต)

☐ แบบจำนวนเงินเอาประกันภัยลดลง

..... ลงนาม

( )

สมาชิกผู้เอาประกันภัย

วันที่..... เวลา ..... น.

หมายเหตุ

* กรณีจำนวนเงินเอาประกันภัยไม่สอดคล้องกับหนี้สินคงค้าง หมายถึง จำนวนเงินเอาประกันภัยคงที่ตลอดอายุกรมธรรม์ ในขณะที่หนี้สินคงค้างลดลงตามจำนวนเงินที่ได้ชำระแล้ว

**คำว่า ผู้เอาประกันภัย สมาชิกผู้เอาประกันภัย และหรือผู้ถูกเอาประกันภัย บริษัทสามารถกำหนดข้อความให้สอดคล้องกับเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย

ทีไลฟ์ประกันชีวิต
T Life Assurance

บริษัท ที ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
T Life Assurance Public Company Limited
59/5 อาคารพาราไดซ์ เพลส ชั้น 4 ถนนศรีนครินทร์ แขวงหนองบอน เขตประเวศ กรุงเทพมหานคร 10250
59/5 Paradise Place Building, 4th Floor, Srinagarindra Road, Nong Bon, Prawet, Bangkok 10250 THAILAND
โทร./Tel: (662) 111-0055 โทรสาร/Fax: (662) 111-0056 www.tlife.co.th ทะเบียนเลขที่ 0107555000481

เอกสารการรับรองตนเองสำหรับลูกค้าประเภทบุคคลธรรมดา
CRS Self-Certification FORM for Individual Customer

ข้อมูลสำคัญ : เอกสารฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อปฏิบัติตามกฎกระทรวงออกตามความพระราชกำหนดการแลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อปฏิบัติตามความตกลงระหว่างประเทศเกี่ยวกับภาษีอากร พ.ศ. 2566 ซึ่งกำหนดให้บริษัท ที ไลฟ์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") ต้องจัดให้ได้มาซึ่งเอกสารการรับรองตนเอง เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาถิ่นที่อยู่ทางภาษีของผู้ถือบัญชี (โปรดระบุเป็นภาษาอังกฤษ)
Important Information: This document is made for complying with the Ministerial regulation issued under the Emergency Decree on Exchange of Information for Compliance with International Agreement on Taxation B.E. 2566, which requires T Life Assurance Public Company Limited (the "Company") to obtain the Self-Certification to determine the Account Holder's residence for tax purposes. (Please specify in English)

ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย (คำนำหน้า ชื่อ-นามสกุล) Insurance Applicant / Insured (title, name-surname)	✶
เลขที่ใบคำขอเอาประกันภัย / เลขที่กรมธรรม์ประกันภัย Application Form No. / Policy No.	✶
สถานที่เกิด (เมืองและประเทศ) Place of Birth (city and country)	✶

ส่วนที่ 1 การรับรองสถานะผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษี
Part 1 Tax Residence Information

ท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษี* ในประเทศอื่น นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา ใช่หรือไม่ Do you have tax residence* in countries other than Thailand or the U.S.?	✶ [ ] ใช่/Yes [ ] ไม่ใช่/No

*"ถิ่นที่อยู่ทางภาษี" หมายถึง ประเทศที่ท่านมีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ในประเทศนั้นสำหรับเงินได้ที่ได้รับจากประเทศนั้นและ/หรือประเทศอื่น ๆ เนื่องจากการมีภูมิลำเนา ถิ่นที่อยู่ จำนวนวันที่ท่านอยู่ในประเทศนั้นในแต่ละปี หรือโดยการพิจารณาหลักเกณฑ์อื่น ๆ
*"Tax residence" means particular jurisdictions in which you are liable to pay income tax for the income earned therein and/or other jurisdictions by reason of domicile, residence, number of days you stay in that jurisdiction in each year or any other criterion.

โปรดตอบ "ใช่" หากท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น นอกเหนือจากประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกา และโปรดระบุข้อมูลประเทศของถิ่นที่อยู่ทางภาษีและหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศนั้นตามตารางด้านล่าง
Please answer "Yes" if you have tax residence in countries other than Thailand or the U.S. and specify your country of tax residence and a taxpayer identification number ("TIN") in the table below.
หากท่านตอบว่า "ไม่ใช่" โปรดข้ามไปส่วนที่ 2
If your answer is "No", please skip to Part 2.

ประเทศถิ่นที่อยู่ทางภาษี Country of Tax Residence	หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศ TIN	หากไม่มีหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศ โปรดระบุเหตุผล เอ หรือ บี หรือ ซี If TIN is not available, please indicate Reason A, B or C.	หากท่านเลือกเหตุผล บี โปรดอธิบายเหตุผลที่ท่านไม่สามารถขอหมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษีในต่างประเทศได้ If you select Reason B, please explain why you are unable to obtain TIN.

เหตุผล (เอ) : ประเทศที่ท่านมีถิ่นที่อยู่ทางภาษี ไม่ได้ออกเลขประจำตัวผู้เสียภาษีให้กับผู้อาศัยอยู่ในประเทศนั้น
Reason (A) : The jurisdiction where you are a tax resident does not issue TIN to its residents.
เหตุผล (บี) : ท่านยังไม่ได้รับเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ออกโดยประเทศนั้น (หมายเหตุ: โปรดอธิบายเหตุผลที่ท่านไม่สามารถขอเลขประจำตัวผู้เสียภาษีได้)
Reason (B) : You have not obtained TIN issued by that jurisdiction (Remark: Please explain why you are unable to obtain TIN.)
เหตุผล (ซี) : ไม่จำเป็นต้องให้หรือเปิดเผยเลขประจำตัวผู้เสียภาษี (หมายเหตุ: เลือกเหตุผลนี้เฉพาะในกรณีที่กฎหมายภายในประเทศนั้น ไม่ได้บังคับให้จัดเก็บเลขประจำตัวผู้เสียภาษี)
Reason (C) : TIN is not required to provide or disclose (Remark: Select this reason only if the domestic law of that jurisdiction does not require the collection of TIN.)

หมายเหตุ: หากท่านเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีมากกว่าสี่ประเทศ โปรดระบุในเอกสารแยกต่างหาก
Remark: If you are a tax resident in more than four countries, please use a separate sheet.

ทีไลฟ์ประกันชีวิต
T Life Assurance

บริษัท ที ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
T Life Assurance Public Company Limited
59/5 อาคารพาราไดซ์ เพลส ชั้น 4 ถนนศรีนครินทร์ แขวงหนองบอน เขตประเวศ กรุงเทพมหานคร 10250
59/5 Paradise Place Building, 4th Floor, Srinagarindra Road, Nong Bon, Prawet, Bangkok 10250 THAILAND
โทร./Tel: (662) 111-0055 โทรสาร/Fax: (662) 111-0056 www.tlife.co.th ทะเบียนเลขที่ 0107555000481

ส่วนที่ 2 Part 2	การยืนยันและการเปลี่ยนแปลงสถานะ Confirmation and Change of Status

1. ท่านยืนยันว่าข้อมูลที่ท่านให้ในเอกสารฉบับนี้เป็นความจริง ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน
   You confirm that the information provided by you in this document is true, accurate, complete and current.
2. ท่านตกลงที่จะแจ้งให้บริษัท ทราบและนำส่งเอกสารประกอบให้แก่บริษัท ภายใน 30 วัน หลังจากมีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงอันทำให้ข้อมูลที่ให้ในเอกสารฉบับนี้ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน หรือ ไม่เป็นปัจจุบัน
   You agree to notify and provide supporting documents to the Company within 30 days after any change in circumstances that cause the information provided in this document to be incorrect, incomplete or not current.
3. ท่านรับทราบและตกลงว่า ในกรณีที่ข้อมูลที่ให้ในเอกสารฉบับนี้เป็นเท็จ ไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ หรือท่านไม่ได้ดำเนินการตามข้อ 2 ข้างต้น หรือมีการนำส่งข้อมูลอันเป็นเท็จ ไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบถ้วนสมบูรณ์เกี่ยวกับสถานะของท่าน บริษัทมีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัทเห็นสมควร
   You acknowledge and agree that in case of the information provided in this document is false, inaccurate or incomplete, or failure to comply with item 2 above, or delivery of any false, inaccurate or incomplete information as to your status, the Company shall be entitled to terminate, at its sole discretion, the entire relationship with you or part of such relationship as the Company may deem appropriate.

หากท่านไม่ให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการพิจารณาสถานะความเป็นผู้มีถิ่นที่อยู่ทางภาษีในประเทศอื่น หรือข้อมูลที่จำเป็นต้องรายงานให้แก่บริษัท หรือไม่สามารถจะขอให้ยกเว้นการบังคับใช้กฎหมายที่ห้ามการรายงานข้อมูลได้ บริษัทมีสิทธิใช้ดุลยพินิจแต่เพียงฝ่ายเดียวที่จะยุติความสัมพันธ์กับท่านไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนตามที่บริษัทเห็นสมควร
If you fail to provide the information necessary for consideration of status of a tax resident of other countries, or to provide the information required to be reported to the Company, or if you fail to provide a waiver of a law that would prevent reporting, the Company shall be entitled to terminate, at its sole discretion, the entire relationship with you or part of such relationship as the Company may deem appropriate.

ข้าพเจ้ารับทราบและตกลงปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขต่าง ๆ ในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งรวมถึงเงื่อนไขในการยุติความสัมพันธ์กับข้าพเจ้า และรับทราบนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัท จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน
By signing below, I hereby acknowledge and agree to the terms and conditions specified herein, which include the conditions to terminate the relationship with me and acknowledge the Company's Privacy Policy.

นโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัท
The Company's Privacy Policy

ลายมือชื่อผู้ขอเอาประกันภัย/ ผู้เอาประกันภัย
Signature of Insurance Applicant/Insured .....

วันที่
Date .....

ลายมือชื่อผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม/ ผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย ยังไม่บรรลุนิติภาวะ)
Giving Consent as Legal Representative/Legal Guardian of the Insurance Applicant/Insured (In case the Insurance applicant/Insured is a minor) .....

วันที่
Date .....

ทีไลฟ์ประกันชีวิต
T Life Assurance

หนังสือให้ความยินยอมประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล

บริษัท ที ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") ให้ความสำคัญกับความเป็นส่วนตัวของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลอยู่เสมอ บริษัททำการวิเคราะห์ความชอบ ความสนใจของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อประโยชน์สูงสุดในการพัฒนาผลิตภัณฑ์/บริการ เพื่อนำเสนอผลิตภัณฑ์ บริการ สิทธิประโยชน์ต่างๆ ที่เหมาะสมแก่เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลโดยเฉพาะ โดยบริษัทได้ระบุรายละเอียดและขอบเขตการเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าของข้อมูล ตามที่ปรากฏในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท ที่เผยแพร่บนเว็บไซต์ของบริษัท (https://www.tlife.co.th)

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว .....
ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า ให้แก่ พันธมิตรทางธุรกิจของบริษัท ตามรายชื่อที่เผยแพร่บนเว็บไซต์ของบริษัท (https://www.tlife.co.th) เพื่อวัตถุประสงค์ดังนี้

- ❒ เพื่อวิเคราะห์ความชอบ ความสนใจ และการพัฒนาผลิตภัณฑ์/บริการ
- ❒ เพื่อการนำเสนอผลิตภัณฑ์/บริการ การเสนอข้อมูลทางการตลาด การติดต่อสื่อสาร การให้ข้อมูลข่าวสาร สิทธิประโยชน์ รายการส่งเสริมการขาย การโฆษณา และกิจกรรมการตลาด

ตามรายละเอียดที่ได้ระบุไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และให้ผู้รับข้อมูลดังกล่าว สามารถเก็บรวบรวม และใช้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ดังกล่าวข้างต้นได้

ข้าพเจ้าทราบว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนความยินยอมนี้เมื่อใดก็ได้ โดยสามารถดูรายละเอียดช่องทางการถอนความยินยอมได้ที่นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท ทั้งนี้ การถอนความยินยอมดังกล่าว ไม่มีผลกระทบต่อการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลที่ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นไปแล้วก่อนการถอนความยินยอม

ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจเนื้อหาของหนังสือยินยอมนี้อย่างละเอียดแล้ว และยืนยันว่า ข้าพเจ้าให้ความยินยอมในหนังสือฉบับนี้ด้วยความสมัครใจ จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ _____ผู้ให้ความยินยอม
วันที่ _____
( )

<u>หมายเหตุ</u> : เพื่อสิทธิประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ❒ ทั้ง 2 ช่อง