



บริษัท เจนเนอรัล ประกันภัย (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)  
 เลขที่ 1 อาคารพาร์ค สยาม ชั้น 20 ยูนิท 2001  
 ถนนคอนแวนต์ แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500  
 ทะเบียนเลขที่ : 0107555000571 สำนักงานใหญ่ โทร : 02-685-3828  
 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ Customer FIRST : 1394

## ใบคำขอเอาประกันภัย

กรมธรรม์ประกันภัยสุขภาพและอุบัติเหตุส่วนบุคคล (แบบมาตรฐานพลัส)

GEN Health and Personal Accident Insurance Application Form (Standard Plus Plan)

ใบคำขอเอาประกันภัยเลขที่ \_\_\_\_\_ Application No. \_\_\_\_\_ วันที่ร้องขอ \_\_\_\_\_ Date of Application \_\_\_\_\_

**1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ขอเอาประกันภัยและรายละเอียดการขอเอาประกันภัย / Personal Information of the Applicant and Application Details**

ผู้ขอเอาประกันภัย: ชื่อ-สกุล..... Full Name of Applicant ..... โทร..... Telephone ..... โทรศัพท์มือถือ..... Mobile.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน..... Registered Address.....

ที่อยู่ติดต่อได้..... Contact Address.....

ที่อยู่ทำงาน..... Workplace Address.....

บัตรประชาชน  บัตรข้าราชการ  ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว  หนังสือเดินทาง เลขที่.....  
 National ID Card Government ID Card Alien Registration Card Passport No. :

ออกให้ ณ เขต หรือ อำเภอ..... Issued at District/Amphur..... จังหวัด..... Province..... ประเทศ..... Country..... หมดอายุวันที่..... Expiry Date.....

อายุ (ปี)	วัน เดือน ปีเกิด	ความสูง (ซม)	น้ำหนัก (กก)	สัญชาติ
Age	(DD/MM/YYYY)	Height (cm)	Weight (kg)	Nationality

อาชีพปัจจุบัน..... Current Occupation..... ตำแหน่ง..... Position.....

ลักษณะงานที่ทำโดยสังเขป..... Nature of Work (Brief) :.....

อีเมล..... Email..... ชั้นอาชีพ..... Occupation Class..... รายได้ปีละ..... Annual Income ( Baht).....

ผู้รับประโยชน์: ชื่อ-สกุล..... Beneficiary(ies): Full Name..... อายุ..... Age..... ปี ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย..... Relationship.....

ผู้รับประโยชน์: ชื่อ-สกุล..... Beneficiary(ies): Full Name..... อายุ..... Age..... ปี ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย..... Relationship.....

**2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็นสามี / ภรรยา / บุตร / บิดา มารดา)**  
**Payer's Information (if different from the applicant)**

ชื่อ-สกุล ผู้ชำระเบี้ย :..... Full Name of Payer..... ความสัมพันธ์กับผู้ขอเอาประกันภัย..... Relationship to Applicant.....

วัน เดือน ปีเกิด..... Date of Birth..... อายุ..... Age..... ปี โทร..... Telephone..... โทรศัพท์มือถือ..... Mobile.....

บัตรประชาชน  บัตรข้าราชการ  ใบสำคัญประจำตัวคนต่างด้าว  หนังสือเดินทาง เลขที่.....  
 National ID Card Government ID Card Alien Registration Card Passport No. :

อาชีพปัจจุบัน..... Current Occupation..... ตำแหน่ง..... Position.....

ต้องการใบเสร็จเพื่อลดหย่อนภาษี (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยเป็น บิดา มารดา)  ต้องการ / Yes  ไม่ต้องการ / No  
 Request receipt for tax deduction (if payer is father/mother)

**3. กรมธรรม์ประกันภัยนี้ต่ออายุอัตโนมัติ วันสิ้นสุดการเอาประกันภัยเป็นไปตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย**  
**This insurance policy will be automatically renewed. The termination date of coverage shall follow the policy conditions.**

**4. ข้อตกลงคุ้มครองและจำนวนเงินขอเอาประกันภัยที่ต้องการ / Insurance Plan and Details for Coverage**

แผนประกันภัย: ผู้ป่วยใน/IPD..... ผู้ป่วยนอก / OPD :..... ความรับผิดชอบส่วนแรก.....

เบี้ยประกันภัยรวม..... Total Premium (Baht)..... บาท เบี้ยประกันภัยรายงวด งวดละ..... Installment Premium (Baht)..... บาท

**5. วิธีชำระเบี้ยประกันภัย / Premium Payment Method**

รายปี  ราย.....เดือน (ติดต่อกัน) :  ราย 3 เดือน  ราย 4 เดือน  ราย 6 เดือน  รายเดือน  
 Annual Every \_\_\_\_\_ months : (Consecutively) 3 Months 4 Months 6 Months Monthly

โดยชำระผ่านบัตรเครดิต / บัตรเดบิต เลขที่..... Credit/Debit Card No. .... บัตรหมดอายุ..... Expiry Date.....

ชำระโดยผ่านเคาท์เตอร์ธนาคาร..... (Bank Name)..... สาขา..... Branch.....  
 Bank Counter Service :

ชำระโดยผ่านบัญชีเงินฝากธนาคาร..... (Bank Name)..... สาขา..... Branch.....  
 Bank Transfer :  
 บัญชีเลขที่..... Account No. :.....

ข้อแถลงสุขภาพของผู้เอาประกันภัย

Health Declaration of the Insured (Parents may complete this on behalf of minors.)

กรุณากรอกรายละเอียดของผู้เอาประกันภัยแต่ละท่าน ผู้ปกครองสามารถกรอกรายละเอียดแทนบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ

ชื่อของผู้เอาประกันภัย/ผู้ได้รับความคุ้มครอง นาย / นาง / นส. / ดญ. / ดช. / ฯลฯ ..... Name of Insured (Mr./ Mrs./ Miss/ Ms.)

โทรศัพท์: ..... Telephone โทรสาร: ..... Fax อีเมล: ..... Email

1 ท่านเคยถูกปฏิเสธการขอเอาประกันภัย หรือถูกเรียกเก็บเบี้ยประกันภัยเพิ่ม หรือ เปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำหรับการรับประกันภัยหรือไม่  
Have you ever been declined insurance, required to pay an additional premium, or accepted under modified conditions?  
 ไม่เคย / No  เคย ถ้าเคยโปรดระบุ..... Yes (If Yes, please specify) :

2 ท่านเป็นหรือเคยได้รับการรักษาโรคดังต่อไปนี้หรือไม่ / เคยมีอาการเจ็บป่วย อาการผิดปกติใดๆ ที่ยังมีได้เข้ารับการรักษารักษาแพทย์หรือไม่  
Have you ever had or currently have any of the following illnesses, conditions, or symptoms?  
 ไม่เคย / No  เคย (ถ้าเคยโปรดระบุและระบุได้มากกว่า 1 ข้อ) / Yes (If Yes, please specify) :

- โรคไต / Kidney Disease
- โรคหัวใจวาย / Heart Failure
- โรคหลอดเลือดสมอง / Stroke
- โรคมะเร็ง / Cancer
- โรคตับ / Liver Disease
- โรคเอดส์ / AIDS
- โรคความดันโลหิตสูง / Hypertension
- โรคเบาหวาน / Diabetes
- โรคเลือด / Blood Disorders
- โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ / Cardiovascular Diseases
- โรคทางระบบประสาท / Neurological
- โรคพาร์กินสัน / Parkinson's Disease
- อัมพาต / Paralysis
- เนื้องอก / Tumor
- โรคกระดูกหรือโรคกล้ามเนื้อ / Bone/Muscular Diseases
- โรคทางเดินหายใจ หรือ โรคปอดเรื้อรัง / Chronic Lung Disease
- โรคหอบหืดเรื้อรัง / COPD
- โรคสมองเสื่อม หรืออาการความจำเสื่อม / Dementia
- โรคอัลไซเมอร์ / Alzheimer's Disease
- โรคหรืออาการผิดปกติอื่นๆ (โปรดระบุ) / Other (Please Specify) :

3 ใน 5 ปีที่ผ่านมาท่านเคยเข้ารับการปรึกษาแพทย์ ได้รับการตรวจวินิจฉัย เช่น เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางด้านพยาธิวิทยา การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจคลื่นหัวใจ หรือการตรวจเลือด ปัสสาวะหรือได้รับการสั่งยาจากแพทย์หรือไม่ หากเคย กรุณาให้รายละเอียดและสาเหตุของการเข้ารับการปรึกษา การได้รับการสั่งยา รวมถึงชื่อยาที่ได้รับ หรือยาที่ปัจจุบันใช้อยู่  
Within the past five (5) years, have you ever consulted a physician or undergone any medical examination, including but not limited to computed tomography (CT scan), magnetic resonance imaging (MRI), pathological biopsy, ultrasound, electrocardiogram (ECG), blood test, urine test, or have you been prescribed any medication? If "Yes," please provide full details including the reason for consultation, the diagnosis (if any), the treatment prescribed, as well as the name(s) of any medication prescribed or currently being taken.

ไม่เคย / No  เคย ถ้าเคยโปรดระบุ..... Yes (If Yes, please specify) :

การให้ข้อมูล การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม / Declarations, Authorizations, and Consents

1. ผู้เอาประกันภัยขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งผู้เอาประกันภัยเข้าใจดีว่า หากผู้เอาประกันภัยไม่แถลงข้อความจริง บริษัทจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตาม

1. The Applicant hereby declares that all answers provided in this Application Form, including any statements made to the examining physician, are true and complete in every respect. The Applicant fully understands that if any material fact is withheld or misrepresented, the Company reserves the right to decline the insurance application and to deny any claim or benefit under the Policy.

2. ผู้เอาประกันภัยยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีประวัติสุขภาพของผู้เอาประกันภัยที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์

2. The Applicant authorizes any physician, insurance company, or any other person or institution having medical records or knowledge of the Applicant's past or future health condition to disclose such information to the Company or its authorized representatives for the purpose of underwriting this application or administering claims under the Policy.

3. ผู้เอาประกันภัยยินยอมให้บริษัทจัดเก็บ ใช้ และเปิดเผยข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพและข้อมูลของผู้เอาประกันภัย ต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลธุรกิจประกันภัย

3. The Applicant consents and authorizes the Company to collect, use, and disclose the Applicant's health information and personal data to the Office of Insurance Commission (OIC) for the purpose of regulatory supervision of the insurance business.

4. ผู้เอาประกันภัยประสงค์จะใช้สิทธิขอยกเว้นภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากรหรือไม่

4. Does the Applicant wish to exercise the right to claim tax deduction benefits in accordance with applicable tax laws and regulations?

มีความประสงค์ และยินยอมให้บริษัทประกันวินาศภัยส่งและเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับเบี้ยประกันภัยต่อกรมสรรพากร ตามหลักเกณฑ์วิธีการที่กรมสรรพากรกำหนด และหากผู้เอาประกันภัยเป็นชาวต่างชาติ (Non-Thai Residence) และเป็นผู้มีหน้าที่ต้องเสียภาษีเงินได้ตามกฎหมายว่าด้วยภาษีอากร โปรดระบุเลขประจำตัวผู้เสียภาษีที่ได้รับจากสรรพากร เลขที่.....

The Applicant hereby expresses the intention and grants consent for the Non-Life Insurance Company to submit and disclose information relating to the insurance premium to the Revenue Department in accordance with the rules and procedures prescribed by the Revenue Department. In the event that the Insured is a foreign national (Non-Thai Resident) who is subject to personal income tax under the applicable tax laws, please specify the Taxpayer Identification Number (TIN) issued by the Revenue Department: No. \_\_\_\_\_

ไม่มีความประสงค์ / No Intention

ข้าพเจ้ารับรองว่าข้อความข้างต้นนี้เป็นความจริงทุกประการ หากถ้อยแถลงของข้าพเจ้าเป็นเท็จหรือปกปิดไม่แจ้งความจริง ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทบอกเลิกสัญญาได้ นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจแก่ บริษัท เจนเนอราลี่ ประกันภัย (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน) ในการขอรับทราบรายละเอียดซึ่งข่าวสารเกี่ยวกับประวัติการรักษาพยาบาลและสภาพร่างกายของข้าพเจ้าจาก แพทย์ โรงพยาบาล หรือองค์กรอื่นใด ที่มีบันทึกหรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้าหรือสุขภาพของข้าพเจ้า สำเนาของการมอบอำนาจนี้ ให้มีผลและสมบูรณ์เช่นเดียวกับ

I hereby certify that the foregoing statements are true and complete in every respect. Should any statement made by me be false, or if I have concealed or failed to disclose any material fact, I agree that the Company shall have the right to void the insurance contract. Furthermore, I hereby authorize Generali Insurance (Thailand) Public Company Limited to obtain and receive any information or records relating to my medical history and physical condition from any physician, hospital, or other organization possessing such records or knowledge concerning myself or my health. A copy of this authorization shall be considered as valid and effective as the original.

Signature ลงชื่อ.....

Signature ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย  
Applicant

บิดา/ มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย  
Parent / Legal Guardian of the Applicant

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)  
(Required if the Applicant is a minor)

Please specify relationship: โปรดระบุความสัมพันธ์.....

ตัวแทนประกันวินาศภัย  นายหน้าประกันวินาศภัย  การประกันภัยโดยตรง..... ใบอนุญาตเลขที่.....

**คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)**

**ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ หากผู้เอาประกันภัยปกปิดข้อความจริง หรือแถลงข้อความอันเป็นเท็จ จะมีผลให้สัญญาประกันภัยนี้ตกเป็นโมฆียะ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัย ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 865**

**Reminder of Office of Insurance Commission (OIC)**

Give answers to all questions above truthfully otherwise the company may have caused to deny liability under the policy in accordance with section 865 of the Civil & Commercial Code.

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัท เจนเนอราลี่ ประกันภัย (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน) / For the staff of Generali Insurance (Thailand)

ลายมือชื่อตัวแทน.....

วันที่.....

รหัสตัวแทน.....

เวลา.....



## การให้ความยินยอมของผู้ขอเอาประกันภัยและข้อความยืนยันถ้อยแถลง / Consent of the Applicant and Statement of Declaration

1. ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยของเจเนอราลี บริษัทประกันชีวิตและบริษัทประกันภัย ("บริษัท") เอกสารอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับการขอเอาประกันภัย รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสอบสุขภาพเป็นความจริงทุกประการซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัท อาจปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

1. I hereby confirm that all answers provided in the insurance application form of Generali Life Assurance Company and Generali Insurance Company (the "Company"), together with any other documents related to this application, including statements given to the medical examiner, are true and correct in every respect. I fully understand that if I fail to disclose the truth, the Company may refuse to underwrite the insurance and may also deny payment of benefits under the insurance policy.

2. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้

2. I, and/or my legal representative, hereby consent to allow any physician, insurance company, hospital, or any other person who possesses information regarding my health, disability, sexual behavior, biometric data, genetic data, or race—whether past or future—to disclose such information to the Company or its representatives for the purposes of insurance application, underwriting consideration, or payment of benefits under the insurance policy.

3. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต และหรือตัวแทนประกันวินาศภัย หรือนายหน้าประกันชีวิต และหรือนายหน้าประกันวินาศภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

3. I, and/or my legal representative, hereby consent to the Company collecting, using, or disclosing my health information, disability information, sexual behavior, biometric data, genetic data, or race—whether pertaining to myself and/or to a minor—to other insurance companies, reinsurance companies, insurance brokers, reinsurers, legally authorized authorities, hospitals, physicians, medical personnel, life insurance agents, non-life insurance agents, life insurance brokers, and/or non-life insurance brokers for the purposes of insurance application, underwriting consideration, or payment of benefits under the insurance policy.

4. ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2 หรือข้อ 3 ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อพิจารณารับประกันภัยการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะมีผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย

4. I fully understand that if I revoke the consent provided under Clause 2 or Clause 3 to the Company, it may affect the underwriting consideration, the payment of benefits under the insurance policy, or any services related to the policy. Such revocation may result in the Company being unable to fulfill the terms and conditions of the policy, which could consequently cause me to lose coverage under the insurance policy.

5. ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อ่อนไหวของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน <https://www.generali.co.th/privacy-information> รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ [www.oic.or.th](http://www.oic.or.th)

5. I acknowledge that the Company will collect, use, disclose, and/or transfer my personal data, including my sensitive personal data, for the purposes of insurance application, underwriting consideration, and payment of benefits under the insurance policy, in accordance with the Company's Privacy Policy as published at <https://www.generali.co.th/privacy-information>.

I further acknowledge that the Company will disclose my personal data to the Office of Insurance Commission ("OIC") for the purposes of supervising and promoting the insurance business in accordance with the Life Insurance Act and the law governing the OIC. Details regarding the collection, use, and disclosure of personal data by the OIC are set out in the OIC's Privacy Policy, available at [www.oic.or.th](http://www.oic.or.th).



บริษัท เจนเนอรัลลี่ ประกันภัย (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)  
เลขที่ 1 อาคารพาร์ค สยาม ชั้น 20 ยูนิท 2001  
ถนนคอนแวนต์ แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500  
ทะเบียนเลขที่ : 0107555000571 สำนักงานใหญ่ โทร : 02-685-3828  
ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ Customer FIRST : 1394

6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย / If I disclose the personal data of any other person, apart from my own, to the Company for the purposes of insurance application, underwriting consideration, or payment of benefits under the insurance policy:

(1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)

(1) I represent and warrant that I have verified the accuracy and completeness of such other person's personal data provided to the Company and will notify the Company of any changes to such data (if any).

(2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผยและ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ

(2) I represent and warrant that I have obtained consent, or can rely on another legal basis, for the collection, use, disclosure, and/or transfer of such other person's personal data in accordance with the applicable laws.

(3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว <https://www.generalico.th/privacy-information> ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ [www.oic.or.th](http://www.oic.or.th)

(3) I represent and warrant that I have informed such other person of the Company's Privacy Policy, available at <https://www.generalico.th/privacy-information>, which states the purposes for the collection, use, disclosure, and/or transfer of personal data to the Office of Insurance Commission ("OIC") for the purposes of supervising and promoting the insurance business in accordance with the Life Assurance Act and the law governing the OIC. The OIC will collect, use, disclose, and/or transfer such other person's personal data in accordance with its Privacy Policy, as published at [www.oic.or.th](http://www.oic.or.th).

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

(4) I represent and warrant that the Company and the OIC are permitted to collect, use, disclose, and/or transfer such other person's personal data for the purposes set out in the Company's Privacy Policy and the OIC's Privacy Policy, as may be amended from time to time, including all purposes specified in this document and related to the insurance application.

Signature

ลงชื่อ .....

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครอง  
ของผู้ขอเอาประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

Parent / Legal Guardian of the Applicant

(Required if the Applicant is a minor)

Signature

ลงชื่อ .....

(.....)

ผู้ขอเอาประกันภัย

Applicant