

8. ระบุตำแหน่ง ฝ่ายที่สังกัด และที่อยู่จดหมายอิเล็กทรอนิกส์ของบุคคลผู้รับมอบอำนาจกระทำการในการลงนามเอกสารการเปลี่ยนแปลงข้อมูลสมาชิก ความคุ้มครองกรมธรรม์ ตอบรับข้อเสนอนิโม่ใหม่ในการรับประกันภัยสมาชิก และแจ้งต่ออายุ (ถ้ามี)

Specify the position, department and E-mail address of the authorized person (s) who will sign on the document regarding the change of the member information, the insurance coverage, the acceptant of new proposal for the new insurance application and renewal (If any)

9. ข้อตกลงหรือเงื่อนไขอื่น ๆ เพิ่มเติม (ถ้ามี) Any additional agreement or condition (If any)

10. การขอรับบริการการออกบัตรประกันสุขภาพกลุ่ม และหรือการจ่ายเงินสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์

Requests for the issuance of group health card and/or claim payment according to the policy

- 10.1 การขอรับบริการการออกบัตรประกันสุขภาพกลุ่ม ไม่ต้องการ บัตรอิเล็กทรอนิกส์ บัตรพลาสติก
Request for the issuance of group health card No Electronic Card Plastic card

- 10.2 การจ่ายค่ารักษาพยาบาลกรณีที่เป็นการเบิกจ่าย (reimbursement) และหรือการจ่ายเงินสินไหมทดแทนใดกรณีที่มีผู้เอาประกันภัยยังมีชีวิตอยู่ (เช่น กรณีทุพพลภาพ อุบัติเหตุ โรคร้ายแรง เป็นต้น) ให้จ่ายแก่

Payments of the medical expense in case of reimbursement, and/or other living benefit (e.g. TPD, Accident, CI) please pay to

- ผู้สมัครเอาประกันภัย หรือบริษัทในเครืออื่น ๆ ในกรณีโอนเงินผ่านบัญชีธนาคาร (Media Clearing) ให้โอนเงินแก่

Applicant or the subsidiary company, in case of the transfer of payment thru media clearing, please transfer to

ธนาคาร Bank สาขา Branch หมายเลขบัญชี Account No

- สมาชิกที่มีสิทธิเข้าร่วม ในกรณีโอนเงินผ่านบัญชีธนาคาร (Media Clearing) ให้ยึดตามข้อมูลที่ให้ไว้แก่บริษัท

Eligible member, in case of the transfer of payment thru media clearing, please use the information provided for the Company.

ผู้สมัครเอาประกันภัย ตกลงและยินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไขต่อบริษัทดังต่อไปนี้ Applicant agrees and complies with the following conditions:

1. ให้รายละเอียดที่เป็นจริงเกี่ยวกับ ชื่อ อายุ เพศ ตำแหน่ง และหรือข้อมูลอื่นใดทั้งหมดของสมาชิกที่มีสิทธิเข้าร่วม และหรือของผู้อยู่ในอุปการะของสมาชิกที่มีสิทธิเข้าร่วมแผนการประกันภัยนี้ตามที่บริษัทต้องการ

Shall provide all precise information regarding age, gender, position any information of the eligible member and/or his or her dependent as required by the Company

2. ดูแลการกรอกรายละเอียดต่าง ๆ ของสมาชิกที่มีสิทธิเข้าร่วมแต่ละรายในใบคำขอเอาประกันภัยชีวิต และสุขภาพพนักงาน สำหรับสมาชิกผู้เอาประกันภัยให้เรียบร้อย รวมทั้งรวบรวมรายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับประโยชน์ของสมาชิกที่มีสิทธิเข้าร่วมแต่ละรายด้วย และจัดส่งมอบให้กับบริษัท

Shall oversee all details of each eligible member stated in the group application form for eligible member and collect all details of the beneficiary of each eligible member and deliver them to the Company.

3. ถ้อยแถลง ข้อความ และหรือคำตอบใด ๆ ในใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มสำหรับผู้ถือกรมธรรม์ และใบคำขอเอาประกันภัยชีวิต และสุขภาพพนักงาน สำหรับสมาชิกผู้เอาประกันภัยแต่ละราย หรือถ้อยแถลงเพิ่มเติมอื่นใดเป็นลายลักษณ์อักษรที่ทำขึ้นอันเกี่ยวข้องกับใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มนี้ และข้อความ และคำตอบที่ให้แก่แพทย์ผู้ตรวจสุขภาพทั้งหมดนี้เป็นส่วนหนึ่งของใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มโดยสมบูรณ์ และก่อให้เกิดพันธผูกพันกันในทางกฎหมายระหว่างผู้เอาประกันภัยกับสมาชิกที่มีสิทธิเข้าร่วมและบริษัท

All statements, information and answers under the group application form for the policyholder or the group application for eligible member, or other additional documents relating to this group application and any information or answers made to the physician, shall be part of the group application completely and create the legal obligations between the applicant, the eligible members and the Company.

4. ภายหลังจากวันที่กรมธรรม์มีผลบังคับ ผู้ถือกรมธรรม์ต้องรีบแจ้งให้บริษัททราบเป็นลายลักษณ์อักษรโดยมิชักช้าเมื่อมีผู้เอาประกันภัยเพิ่ม หรือลด หรือเปลี่ยนแปลงจำนวนเงินเอาประกันภัย หรือบอกเลิกสิทธิการเป็นผู้เอาประกันภัยของผู้เอาประกันภัยรายใดในระหว่างปีกรมธรรม์ ทั้งนี้การเพิ่มผู้เอาประกันภัย และการเปลี่ยนแปลงจำนวนเงินเอาประกันภัยใดๆ ของผู้เอาประกันภัยขึ้นอยู่กับหลักฐานที่บริษัทสามารถรับประกันภัยได้

After this policy is enforceable, the policyholder shall inform the Company in writing without delay whenever the numbers of insured are increased or decreased, or the sum assured is changed, or the right of insured is cancelled during the policy year.

The increase in the numbers of insured, or the change of sum assured of the insured depends on the evidence that the Company can insure.

5. กรมธรรม์ประกันภัยจะมีผลบังคับต่อเมื่อบริษัทได้รับชำระเบี้ยประกันภัยงวดแรกเต็มจำนวนแล้ว และบริษัทได้ตกลงรับประกันภัยเรียบร้อยแล้ว ในกรณีที่ผู้สมัครเอาประกันภัยและหรือสมาชิกที่มีสิทธิเข้าร่วมแถลงข้อความอันเป็นเท็จ หรือรู้อยู่แล้วละเว้นไม่เปิดเผยข้อความจริงซึ่งอาจจะจูงใจให้บริษัทให้เรียกเบี้ยประกันภัยสูงขึ้น หรือให้บริษัทบอกปิดไม่เข้าทำสัญญาประกันภัยหรือปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่สมาชิกที่มีสิทธิเข้าร่วมรายบุคคลโดยเหตุดังกล่าวทำให้สัญญาประกันภัยเป็นโมฆียะตามมาตรา 865 แห่งประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ซึ่งบริษัทมีสิทธิบอกล้างสัญญาประกันภัยหรือปฏิเสธการให้ความคุ้มครองแก่สมาชิกที่มีสิทธิเข้าร่วมรายบุคคลที่ได้ทำไปแล้วได้

The policy shall be enforced when the Company has fully received the first premium installment and agreed to accept this group insurance. In case the applicant and/or the eligible member declare(s) the fault statement or know the omission of fact which would have induced the insurer to raise the premium or refuse to make the insurance contract or refuse the insurance of that eligible member. As the result of those reasons, the insurance contract is voidable under Section 865 under the Civil and Commercial Code, and the Company able to void the insurance contract or deny the coverage of that eligible member.

ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันภัยสำหรับผู้สมัครเอาประกันภัย และการให้ความยินยอม

Confirmation on declarations or answers provided in the application of the applicant and consent

1. ผู้สมัครเอาประกันภัย ขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ เป็นความจริงทุกประการ ซึ่งผู้สมัครเอาประกันภัย เข้าใจดีว่า หากผู้สมัครเอาประกันภัย ไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

The applicant hereby confirms that every answer in this application is true. The applicant understands that if the applicant does not declare the truth, the Company may decline the application and policy payment.

2. เมื่อผู้สมัครเอาประกันภัย เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของผู้สมัครเอาประกันภัย ให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

When the applicant discloses personal information of other person apart from the applicant's information to the Company in purpose of insurance application, underwriting or policy payment

- (1) ผู้สมัครเอาประกันภัย รับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ผู้สมัครเอาประกันภัย ให้แก่บริษัทและจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)

The applicant confirms and guarantees that the applicant has verified the accuracy and completeness of other person's personal information that the applicant provides to the Company, and will notify the Company of any changes in other person's personal information provided (if any)

- (2) ผู้สมัครเอาประกันภัย รับรองและรับประกันว่าผู้สมัครเอาประกันภัย ได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ

The applicant confirms and guarantees that the applicant has consented or be able to rely on other legal bases for collection, use, disclose and/or transfer that other person's personal information in accordance with applicable law.

- (3) ผู้สมัครเอาประกันภัย รับรองและรับประกันว่าผู้สมัครเอาประกันภัย ได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว <https://www.krungthai-axa.co.th/th/Privacy-Policy> ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th

The applicant confirms and guarantees that the applicant has informed the Company's personal data protection policy to that other person <https://www.krungthai-axa.co.th/th/Privacy-Policy> , which informs the purpose of collecting, using, disclosure and/or transferring personal information to Office of Insurance Commission (OIC) for purpose of regulating and promoting the insurance business according to the act of life insurance and the act of regulating and promoting the insurance business, which OIC will collect, use, disclose and/or transfer other person's personal information in accordance with OIC's personal data protection policy as shown in website www.oic.or.th

- (4) ผู้สมัครเอาประกันภัย รับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือโอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

The applicant confirms and guarantees that the Company and Office of Insurance Commission able to collect, use, disclose and/or transfer that other person's personal information in accordance with the relevant objectives specified in personal data protection policy of the Company and Office of Insurance Commission, which may be revised from time to time, including all objectives specified in this document and related to insurance application.

คำเตือน Warning

1. ก่อนลงลายมือชื่อให้ผู้สมัครเอาประกันภัย กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
Before signing, please check the correctness of every answer again for the completion of the insurance contract.
2. ผู้สมัครเอาประกันภัย ได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท
และสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้
The applicant has read and agrees with the contents in this document, including acknowledge the personal data protection
act of the Company and OIC, then signing as below.

ทำ ณ Signed at วันที่ Date เดือน Month พ.ศ. Year

ผู้สมัครเอาประกันภัย Applicant

ลงชื่อ
Signed
()
ตำแหน่ง Position
กรรมการผู้มีอำนาจ/ผู้รับมอบอำนาจ
Authorized Director/Authorized Representative

ผู้สมัครเอาประกันภัย Applicant

ลงชื่อ
Signed
()
ตำแหน่ง Position
กรรมการผู้มีอำนาจ/ผู้รับมอบอำนาจ
Authorized Director/Authorized Representative

ลงชื่อ
Signed
()
พยาน/ตัวแทน Witness / Agent

ลงชื่อ
Signed
()
พยาน/ตัวแทน Witness / Agent

ชื่อนิติบุคคลของผู้ถือกรมธรรม์
(Corporate Name of the Policyholder)



ประทับตราสำคัญของบริษัท
(Company's seal)

สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทกรอกข้อมูล For KTXA Only

ตัวแทน / นายหน้า ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มเลขที่
Agent / Broker Master application number
เลขที่ใบอนุญาต รหัสตัวแทน / นายหน้าเลขที่ กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่
License number Agent number / Broker number Policy number
ชื่อหน่วย หน่วย
Unit name Unit
ลายมือชื่อเจ้าหน้าที่ (Officer signature)