Living Claim

ใบรับแจ้งเรียกร้อง สินไหมทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง/โรคร้ายแรง

เลขที่รับแจ้ง ..... วันที่ ..... สาขา .....

ชื่อ – นามสกุลผู้แจ้ง ฯ ..... โทรศัพท์ ..... E-mail ……

ชื่อ – นามสกุลผู้เอาประกัน …….....กรมธรรม์ฉบับที่..... โทรศัพท์.....

กรุณาทำเครื่องหมายในช่อง ☑ หน้ารายชื่อเอกสารที่ได้มีการนำส่งเท่านั้น

เอกสารที่ต้องยื่นเพื่อประกอบการเรียกร้องสินไหมแต่ละประเภท มีดังนี้ (กรณีเอกสารไม่ถูกต้องสมบูรณ์ กรุณาส่งคืนเพื่อให้แก้ไขใหม่ให้ถูกต้อง)

ลำดับ	1. กรณีเรียกร้องทุพพลภาพถาวรสิ้นเชิง / สูญเสียอวัยวะ	จำนวน/ฉบับ	หมายเหตุ
☐ 1	กรมธรรม์ประกันชีวิต/หนังสือรับรองการประกันชีวิตต้นฉบับ		
☐ 2	แบบฟอร์มเรียกร้องชดเชยกรณีทุพพลภาพ		
☐ 3	ใบรายงานแพทย์ (ตามแบบฟอร์มบริษัท และตามประเภทเรียกร้องประกันภัยทุพพลภาพ หรือ สูญเสียสายตา)		
☐ 4	ใบรับรองแพทย์ ที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษา		
☐ 5	สำเนาประวัติการรักษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
☐ 6	หนังสือยินยอมการขอรายงานแพทย์ จำนวน 3 ชุด		
☐ 7	สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกัน รับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน 3 ชุด		

ลำดับ	2. กรณีเรียกร้องสาเหตุจากอุบัติเหตุ ให้นำส่งเอกสารเพิ่มเติม ดังนี้	จำนวน/ฉบับ	หมายเหตุ
☐ 8	สำเนาบันทึกประจำวัน ข้อรับแจ้งและข้อกลับจากตรวจที่เกิดเหตุ รับรองสำเนาโดยเจ้าหน้าที่ตำรวจเจ้าของท้องที่		

ลำดับ	3. กรณีเรียกร้อง การเจ็บป่วยโรคร้ายแรง (การประกันภัยแบบคุ้มครองสินเชื่อ)	จำนวน/ฉบับ	หมายเหตุ
☐ 1	กรมธรรม์ประกันชีวิต/หนังสือรับรองการประกันชีวิตต้นฉบับ		
☐ 2	แบบฟอร์มเรียกร้องการประกันสุขภาพ		
☐ 3	ใบรายงานแพทย์ (ตามแบบฟอร์มบริษัท และตามประเภทการเจ็บป่วย)		
☐ 4	ใบรับรองแพทย์ ที่ระบุอาการสำคัญ ผลการวินิจฉัย และการรักษา		
☐ 5	สำเนาประวัติการรักษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ		
☐ 6	ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา (ผลชิ้นเนื้อ) หรือ ผลตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) หรือ ผลตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan)		
☐ 7	หนังสือยินยอมการขอรายงานแพทย์ จำนวน 3 ชุด		
☐ 8	สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกัน รับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน 3 ชุด		

ลำดับ	4. กรณีการประกันภัยแบบคุ้มครองสินเชื่อ มีเจ้าหนี้เป็นผู้รับประโยชน์หลักเอกสารที่ต้องยื่น ดังนี้	จำนวน/ฉบับ	หมายเหตุ
☐ 9	หนังสือนำส่งแจ้งภาระหนี้สินจากเจ้าหนี้ฯ		
☐ 10	หนังสือสรุปยอดภาระหนี้สิน		

เอกสารอื่นๆ (ถ้ามี) .....

.....

ลงชื่อผู้รับแจ้ง/เจ้าหน้าที่สาขา..... ลงชื่อผู้แจ้ง.....

บริษัทฯ จะดำเนินการพิจารณาการชดใช้เงินสินไหมทดแทนภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ บริษัทฯ ได้รับเอกสารประกอบการพิจารณาสินไหมครบถ้วน ในกรณีมีเหตุอันควรสงสัยว่าการเรียกร้องเพื่อให้บริษัทชดใช้สินไหมทดแทนไม่เป็นไปตามเงื่อนไขความคุ้มครอง บริษัทอาจจะขยายระยะเวลาที่กำหนดไว้ตามความจำเป็น และผู้เอาประกันภัยต้องให้ข้อเท็จจริงแก่บริษัท ทั้งนี้บริษัทจะใช้เวลาและแจ้งผลให้ทราบภายในกำหนด 90 วันนับจากวันที่บริษัทได้รับเอกสารประกอบครบถ้วนแล้ว

se Life
อาคเนย์ประกันชีวิต

แบบเรียกร้องชดเชยกรณีทุพพลภาพ

1. ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย..... กรมธรรม์เลขที่.....
2. อายุ.....น้ำหนัก.....ส่วนสูง.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....
3. ที่อยู่ที่ติดต่อ.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
   หมายเลขโทรศัพท์.....อาชีพ.....ตำแหน่ง.....
4. ชื่อและที่อยู่ของนายจ้าง.....
   รายได้จาก ☐ เงินเดือน.....บาท/เดือน ☐ อื่นๆ.....บาท/เดือน
   หน้าที่ความรับผิดชอบ.....รายละเอียดลักษณะงานที่ทำ.....
5. สาเหตุการทุพพลภาพในครั้งนี้ ☐ อุบัติเหตุ ☐ เจ็บป่วย ☐ อื่นๆ.....
6. วันที่เริ่มทุพพลภาพ.....วันที่ท่านต้องหยุดทำงานโดยถาวร.....
7. สภาวะในปัจจุบันท่าน
   ☐ ต้องนอนอยู่กับเตียงตลอดเวลา
   ☐ เคลื่อนไหวได้โดยใช้อุปกรณ์ช่วยแต่ไม่สามารถออกไปนอกบ้านได้โดยลำพัง
   ☐ นั่ง-นอน อยู่กับเตียงเท่านั้น
   ☐ เคลื่อนไหวได้โดยใช้อุปกรณ์ช่วยและสามารถออกไปนอกบ้านได้
8. วันที่เท่าใด (หรือประมาณ) ที่ท่านจะเริ่มปฏิบัติหน้าที่ธุรกิจอันใดอันหนึ่ง.....
9. แพทย์ที่ท่านได้ไปปรึกษาเกี่ยวกับการทุพพลภาพนี้
   ชื่อ..... ที่อยู่.....
   จากวันที่..... ถึงวันที่.....
   ชื่อ..... ที่อยู่.....
   จากวันที่..... ถึงวันที่.....
10. ท่านมีประกันกับบริษัทอื่นหรือไม่..... ถ้ามีกรุณาระบุชื่อบริษัท.....
    เลขที่กรมธรรม์..... จำนวนเงินเอาประกัน.....
11. ก่อนนี้ท่านเคยมีการเรียกร้องค่าชดเชยความทุพพลภาพจากบริษัทนี้หรือสมาคมอื่นใด
    ☐ ไม่เคย
    ☐ เคย บริษัท/สมาคม.....วันที่.....จำนวนเงิน.....

ลงชื่อ.....ผู้ทำการแทน
(.....)
ความสัมพันธ์.....
วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกัน
(.....)
วันที่...../...../.....

กรณีที่ผู้เอาประกันไม่สามารถลงชื่อในแบบฟอร์มนี้ได้ให้ญาติหรือบุคคลที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้เอาประกันภัยในระหว่างที่เจ็บป่วยเป็นผู้กรอกและลงชื่อพร้อมระบุความสัมพันธ์

ต่อด้านหลัง

หนังสือให้คำยินยอม

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น บุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นในอนาคตเปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้ ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อเท็จจริงเพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้ อนึ่งสำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

กรณีที่เรียกร้องสินไหมผ่านโรงพยาบาล หรือบัตรประจำตัวผู้เอาประกันภัย หรือ Fax Claims Service ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษานี้ โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายค่าชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ค่ารักษาพยาบาลใด ๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรงเอง และข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ แม้บริษัทจะได้ให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีที่บริษัทได้สำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับคำบอกกล่าว

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

หมายเหตุ กรณีที่ผู้มีสิทธิเรียกร้องสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัย มิได้ขีดฆ่าหรือปกปิดข้อมูลศาสนาหรือหมู่โลหิตที่ปรากฏบนสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาหนังสือเดินทาง เป็นต้น บริษัทจะดำเนินการขีดฆ่าหรือปกปิดข้อมูลเพื่อคุ้มครองข้อมูลอ่อนไหวของท่าน

ลงชื่อ	ลงชื่อ
.....	.....
( )	( )
ผู้เอาประกันภัย	ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ใช้อำนาจปกครอง ของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

CLM. EYE DR.

ใบรายงานโดยจักษุแพทย์ ผลการตรวจตา

ข้าพเจ้านายแพทย์.....คุณวุฒิ.....
เป็นแพทย์ประจำสถานพยาบาลชื่อ.....
ตั้งอยู่ที่.....ถนน.....อำเภอ.....จังหวัด.....
ได้ตรวจตาของ.....อายุ.....ปี
บัตรประจำตัว.....หมายเลข.....
ตรวจเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เวลา.....

<u>ผลการตรวจ</u>

1. มีตาข้างหนึ่งข้างใดบอดซึ่งไม่สามารถมองเห็นได้เลยโดยสิ้นเชิงหรือไม่.....
2. การมองเห็น (Visual acuity) ถ้ามิได้บอดทั้ง 2 ข้าง

   ด้วยตาเปล่า ตาซ้าย.....

   ตาขวา.....

   ใส่แว่น ตาซ้าย.....

   ตาขวา.....
3. สภาพของประสาทตา

   ตาซ้าย.....

   ตาขวา.....
4. ความผิดปกติของตาที่เป็นเหตุให้มองไม่เห็น.....

   .....
5. มีโอกาสที่จะรักษาหรือแก้ไขสิ่งผิดปกติให้ตากลับเห็นได้อีกหรือไม่.....
6. ตาข้างที่มองไม่เห็นจะสามารถเปลี่ยนตาดำให้กลับเห็นได้อีกหรือไม่.....
7. ท่านคิดว่าการสูญเสียดวงตาของผู้รับการตรวจรายนี้น่าจะเกิดจากโรค อุบัติเหตุ การเสื่อมสภาพหรือจากเหตุอื่นใด

   .....
8. สิ่งที่ตรวจพบนอกเหนือจากที่กล่าวข้างต้น.....

   .....
9. สิ่งที่แพทย์ผู้ตรวจเห็นควรแจ้งให้ทราบ.....

   .....

ลงนาม..... ลงนาม.....

ผู้รับการตรวจ แพทย์ผู้ตรวจ

<u>หมายเหตุ</u> ผู้รับการตรวจจะต้องนำบัตรประจำตัวอย่างหนึ่งอย่างใด ซึ่งมีภาพถ่ายและเป็นบัตรที่ทางราชการออกให้ เช่น บัตรประจำตัวประชาชน , บัตรข้าราชการ , ใบอนุญาตขับขี่ยานพาหนะ , หนังสือเดินทาง , ใบต่างด้าว เป็นต้น แสดงต่อแพทย์ผู้ตรวจ

หมายเลขกรมธรรม์.....

CLM DR. Certificate

Discharge Notification Form **Hospital Name.....**

Part B สำหรับแพทย์ผู้รักษา

Medical certification

Patient's Name : ..... Sex ○ Male ○ Female HN : ..... AN : .....Age..... year(s) .....month(s)

Admission Date : ..... Time : ..... Discharge Date : ..... Time : ..... Consultation Date : .....

1. For Illness

a) Date you first saw this patient for this illness : .....

.....

.....

b) Chief complaint and duration of symptom(s) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. For Injury

a) Date of injury..... Time: .....

b) Cause of injury.....

c) Details of injury .....

d) Did you smell alcohol from the patient?

( ) No ( ) Not known

( ) Yes, blood alcohol test (if any) = ... mg%

e) Level of consciousness ( ) Normal ( ) Confusion

( ) Drowsiness ( ) Semi-coma ( ) Coma

f) Estimated time for recovery

.....

.....

3. Did the patient need to be admitted to hospital? ( ) No ( ) Yes, indication for admission.....

.....

4. Vital signs : T..... P..... R ..... BP.....

5. Pertinent Clinical findings (Symptoms & Signs) .....

.....

6. Investigation & Result (Lab, EKG, X – ray, etc.) .....

.....

7. HIV Test ( ) No ( ) Yes, Result : ..... Date performed : .....

8. Underlying disease: .....

9. Diagnosis 1 : .....ICD10-TM : .....

Diagnosis 2 : .....ICD10-TM : .....

Diagnosis 3 : .....ICD10-TM : .....

Adjusted RW	

10. Treatment : .....

.....

11. Surgery/Operation : ..... ICD9-CM : ..... Date performed : .....

Anaesthesia Type : ( ) General Anaesthesia ( ) Spinal Anaesthesia ( ) Local Anaesthesia ( ) Others .....

12. Pathological report : .....

13. Complications (if any) : .....

14. Is the illness related to alcohol, drug abuse or addiction? ( ) No ( ) Yes, please specify .....

15. For Female: Is the patient pregnant? ( ) No ( ) Yes, gestational age ..... weeks

Was the treatment related to infertility? ( ) No ( ) Yes, please specify .....

16. Has patient ever been treated by another doctor before? ( ) No ( ) Yes, please give name and address .....

17. Was the illness/injury contributed to or influenced by any of the following

a) Physical defects/congenital anomaly ( ) No ( ) Yes

b) Degenerative change(s) ( ) No ( ) Yes

18. Others past medical history

Date	Signs & Symptoms	Diagnosis	Treatment	Hospital

19. Other comments about the injury / illness.....

.....

I, hereby certify that I have personally examined and treated the insured in connection with the disability and that the facts are in my opinion as given above.

Physician's signature ..... Medical specialty : ..... Thai Medical license no : .....

(.....) Tel no : ..... Date : .....

Medical institute : ..... Address : .....

Remark : Doctor who issue this report must be a doctor who is licensed to practice medicine and correctly registered by the Thai Medical Council

หนังสือยินยอมและมอบอำนาจ
การขอรายงานแพทย์

ข้าพเจ้า ..... อายุ ..... ปี
ที่อยู่ .....
.....

ขอให้ความยินยอมไว้ ณ ที่นี้ แก่โรงพยาบาล , แพทย์ , คลินิก , สถาบัน หรือบุคคลหนึ่งบุคคลใดให้แจ้งรายละเอียดต่างๆ ทั้งหมดของข้าพเจ้าเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย ,การตรวจรักษาพยาบาลทั้งหมดของข้าพเจ้า ให้แก่บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ตามที่บริษัทฯ ต้องการเพื่อใช้ในการพิจารณารับประกัน , พิจารณาสินไหมทดแทน ได้ด้วยความถูกต้องและเป็นธรรม

อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายใบยินยอมการขอรายงานแพทย์ฉบับนี้ ให้ถือว่ามีผลเสมือนต้นฉบับทุกประการ

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

( ) ( )

พยาน / ตัวแทน ผู้เอาประกันชีวิต

กรณีที่ผู้เอาประกันเป็นผู้เยาว์ ให้ผู้ปกครองลงนามแทน

<u>กรุณา แนบสำเนาบัตรประชาชนผู้เอาประกันภัย พร้อมทั้งรับรองสำเนาถูกต้อง</u>

การให้คำยินยอมในการประมวลผลเพื่อการตลาดและการส่งเสริมการขาย

วันที่.....

เพื่อเป็นการให้ข้อมูลแก่ท่านเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการของ บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) และบริษัทในกลุ่มธุรกิจไทยกรุ๊ปโฮลดิ้งส์ (“กลุ่มบริษัท”) (เรียกรวมกันว่า “เรา” “ของเรา”) บริษัทจำต้องใช้ข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ได้แก่ ชื่อ นามสกุล เลขประจำตัวประชาชน หมายเลขโทรศัพท์ อีเมล และข้อมูลส่วนบุคคลอื่นใด ดังระบุในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของเรา เพื่อวัตถุประสงค์ในการวิเคราะห์เพื่อพัฒนาเสนอหรือจัดให้มีผลิตภัณฑ์ บริการ ดำเนินการส่งเนื้อหาเกี่ยวกับการส่งเสริมการขาย และการสื่อสารการตลาดทางตรงเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ และบริการของเรา คำแนะนำและข้อมูลในเรื่องต่าง ๆ ซึ่งรวมถึงการประกันภัย โปรแกรมให้รางวัล การให้สิทธิพิเศษ การประชาสัมพันธ์โครงการ หรือกิจกรรมของเรา เช่น กิจกรรมการกุศล กิจกรรมที่ไม่หวังผลกำไร และการจัดกิจกรรมทางการตลาด การประกวด จับฉลากชิงโชค งานอีเว้นท์ และการแข่งขันต่าง ๆ ที่ท่านอาจสนใจ รวมถึงการนำเสนอผลิตภัณฑ์และบริการของบริษัทผ่านช่องทางต่าง ๆ ได้แก่ ตัวแทน หรือนายหน้าประกันชีวิต โทรศัพท์ จดหมาย อีเมล Facebook Line Official Account เป็นต้น โดยเราอาจต้องเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของท่านให้แก่บุคลากร และพันธมิตรทางธุรกิจที่เชื่อถือได้ของเราซึ่งเกี่ยวข้องกับการดำเนินกิจกรรมทางการตลาด และการกิจกรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อที่บริษัท และบุคคลดังกล่าวสามารถดำเนินการจัดกิจกรรมทางการตลาด และมอบสิทธิพิเศษต่าง ๆ แก่ท่านได้

ท่านขอเพิกถอนความยินยอมได้ทุกเมื่อ โดยการถอนความยินยอมดังกล่าวจะไม่กระทบต่อการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลใด ๆ ที่ท่านได้ให้ความยินยอมไปแล้วก่อนหน้านี้ อย่างไรก็ตาม ท่านอาจพลาดโอกาสในการรับข้อเสนอผลิตภัณฑ์ บริการ และสิทธิประโยชน์ที่อาจเหมาะสมกับความต้องการของท่านโดยเฉพาะจากบริษัทในกลุ่มธุรกิจไทยกรุ๊ปโฮลดิ้งส์ ในกรณีที่ท่านไม่ให้ความยินยอมหรือขอถอนความยินยอม

<u>ส่วน ก. สำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลให้ บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) และบริษัทในกลุ่มธุรกิจไทยกรุ๊ปโฮลดิ้งส์</u>

☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

สามารถดูรายละเอียดบริษัทในกลุ่มธุรกิจไทยกรุ๊ปโฮลดิ้งส์ ได้ที่ *https://www.tgh.co.th/subsidiary*

<u>ส่วน ข. สำหรับให้เราเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลหรือข้อมูลใด ๆ ของท่านให้แก่พันธมิตรทางธุรกิจที่เชื่อถือได้</u>

☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

สามารถดูรายละเอียดพันธมิตรทางธุรกิจที่เชื่อถือได้ของบริษัทในกลุ่มธุรกิจไทยกรุ๊ปโฮลดิ้งส์ ได้ที่ https://www.tgh.co.th/partner

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจประกาศความเป็นส่วนตัว (Privacy Notice) ของบริษัทซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลและสิทธิของข้าพเจ้าตามกฎหมายแล้ว ท่านสามารถอ่านประกาศความเป็นส่วนตัวของบริษัทซึ่งเผยแพร่บนเว็บไซต์บริษัท https://www.southeastlife.co.th/pdpa/life หรือ QR Code นี้

ท่านสามารถร้องขอใช้สิทธิที่มีตามกฎหมายได้ที่ศูนย์ดูแลลูกค้า โทร. 0 2255 5656 หรือ เจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (DPO) อีเมล DPO@tgh.co.th หรือ ติดต่อตามที่อยู่
บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) 315 อาคารไทยกรุ๊ป ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500

การที่ท่านลงลายมือชื่อด้านล่างนี้ เป็นการที่ท่านรับทราบและให้ความยินยอมในการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของท่านเพื่อให้บริษัทดำเนินการตามที่ระบุในแบบความยินยอมนี้

ชื่อ-นามสกุล.....เลขประจำตัวประชาชน.....

หมายเลขโทรศัพท์.....อีเมล.....

ลงชื่อ	ลงชื่อ.....
(.....)	(.....)
เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล	ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม / ผู้ใช้อำนาจปกครองของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล (กรณียังไม่บรรลุนิติภาวะ)