



เลขที่รับ..... 0177
วันที่รับ..... 25 ม.ค. 2567
เวลา..... 14:40

มก.ภคส.
0321
เลขรับ.....
วันที่..... 25 ม.ค. 2567
เวลา..... 15:30

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน กองทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานมหาวิทยาลัย โทร. ๖๔๔๘๐๖, ๖๔๔๘๑๔

ที่ อว ๖๕๐๑.๐๒๐๒/ว ๓๙๘ วันที่ ๒๓ มกราคม ๒๕๖๗

เรื่อง แจ้งรับบัตรและชี้แจงแนวทางปฏิบัติในการใช้ประกันสุขภาพกลุ่ม

หน่วยประสานงาน
เลขรับ.....
วันที่..... ๒๕ ม.ค. ๒๕๖๗
เวลา..... น.

๑) เรียน คณบดีคณะวิทยาศาสตร์และวิศวกรรมศาสตร์

ด้วยมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ เห็นชอบให้ บริษัทเมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เป็นผู้จัดทำประกันสุขภาพกลุ่มให้กับพนักงานมหาวิทยาลัย พนักงานมหาวิทยาลัยเงินรายได้ และบุคลากรผู้ปฏิบัติงานภายในมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (ชำระเงินเอง) รอบกรมธรรม์วันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๗ ถึงวันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๘ บัดนี้บริษัทเมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ได้จัดทำบัตรประกันสุขภาพกลุ่มเรียบร้อยแล้ว ในการนี้จึงขอแจ้งให้ส่วนงานดำเนินการ ดังนี้

๑. ตรวจสอบจำนวนบัตรประกันฯ และส่งบัตรให้พนักงาน กรณีได้รับบัตรไม่ครบ ให้แจ้งรายชื่อมายังงานความผูกพันองค์กร กองทรัพยากรมนุษย์ เพื่อจัดทำบัตรต่อไป

๒. แจ้งพนักงานกรอกใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม ให้ครบถ้วน ถูกต้อง และรวบรวมเก็บใบคำขอฉบับจริงไว้ที่ส่วนงาน ทั้งนี้ขอให้ส่วนงานสแกนเอกสารเป็นไฟล์ .pdf ส่งมาที่อีเมล monmunin.k@ku.th

๓. กรณีส่วนงานประสงค์จัดทำประกันสุขภาพกลุ่มเพิ่มให้กับพนักงานมหาวิทยาลัยเงินรายได้ที่จ้างใหม่ ให้แจ้งรายชื่อโดยใช้แบบฟอร์มแจ้งเข้า-ออก (ดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์กองทรัพยากรมนุษย์ www.person.ku.ac.th) และส่งมาที่อีเมล monmunin.k@ku.th เพื่อแจ้งบริษัทดำเนินการออกบัตรต่อไป ทั้งนี้ ยกเว้นหน่วยงานที่สังกัดสำนักงานมหาวิทยาลัย)

๔. กรณีพนักงานมหาวิทยาลัย และพนักงานมหาวิทยาลัยเงินรายได้พ้นสภาพ ให้ส่วนงานเรียกเก็บบัตรประกันฯ คืน ทั้งนี้ หากพนักงานนำบัตรไปใช้หลังจากพ้นสถานภาพ ส่วนงานต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทุกกรณี

๕. แจ้งพนักงาน บัตรประกันสุขภาพกลุ่มสามารถใช้คู่กับสถานพยาบาลตามสิทธิประกันสังคมที่เข้าร่วมโครงการเมืองไทยเฮลท์แคร์ (รายชื่อสถานพยาบาลสามารถตรวจสอบได้ที่เว็บไซต์กองทรัพยากรมนุษย์) ส่วนกรณีต้องสำรองจ่ายสามารถเบิกค่ารักษาคืนได้ ๒ ช่องทาง ดังนี้

๕.๑ ส่งเบิกออนไลน์ ผ่าน MLT Click Application วิธีการใช้งานสามารถเข้าศึกษาได้ที่เว็บไซต์กองทรัพยากรมนุษย์

๕.๒ ส่งใบเสร็จและใบรับรองแพทย์ฉบับจริง มายังงานความผูกพันองค์กร กองทรัพยากรมนุษย์ เพื่อส่งไปยังบริษัทต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการ

๒) เรียน หัวหน้าสำนักงานเลขานุการคณะฯ
เพื่อโปรดแจ้งเวียนบุคลากร

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ศมนพร สุทธิบาท)
คณบดีคณะวิทยาศาสตร์และวิศวกรรมศาสตร์

๒๖ ม.ค. ๒๕๖๗

(นางสาวนัตยา คักดีถาวรเลิศ)
ผู้อำนวยการกองทรัพยากรมนุษย์

๓) เรียน คุณนงนุช
เพื่อโปรดดำเนินการ

(นางนงนุช อมาตยกุล)

หัวหน้างานบริหารและพัฒนาคุณภาพ

๓) เรียน หัวหน้างานบริหารและพัฒนาคุณภาพ.....
เพื่อโปรดดำเนินการแจ้งเวียนประชาสัมพันธ์
 บุคลากร นิสิต
 ติดประกาศ เว็บไซต์คณะ E-mail
 KUSPE News รวบรวมมาส่งตามกำหนด

๒๖ ม.ค. ๒๕๖๗

๒๖-1-67



**ใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่ม สำหรับสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย (ชนิดไม่มีคำถามสุขภาพ)
Group Insurance Member Application Form (without Detailed Health Questions)**

คำเตือน ของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย **Warning from the Office of Insurance Commission**
ผู้ขอเอาประกันภัย ต้องตอบคำถามตามความเป็นจริงทุกข้อ การปกปิดข้อเท็จจริงใด ๆ อาจเป็นเหตุให้บริษัทผู้รับประกันชีวิตปฏิเสธ ไม่จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามสัญญา
ประกันชีวิตตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865 In pursuant to Section 865 of the Civil and Commercial Code, an insurance applicant is obligated to disclose
all statements truthfully. Concealment of any fact or knowingly making any false statement could be a ground for the insurance company to deny contractual claim.

กรุณากรอกข้อความให้ครบถ้วนทุกคำถาม ถ้ามีการแก้ไข ขีดฆ่า ขูดลบ ต้องลงลายมือชื่อสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัยกำกับไว้ทุกแห่ง
Please complete all inquiries below. Applicant must validate all amendments and deletions with signature.

ผู้ถือกรมธรรม์ (ชื่อหน่วยงาน / บริษัท): มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
Policyholder Name (Company Name)

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย
Part 1 Questions about applicant's personal information

ชื่อและนามสกุลของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย: (นาย/นาง/นางสาว/เด็กชาย/เด็กหญิง) นายคนดี ศรีเกษตร
Applicant's Name – Surname: (Mr. / Mrs. / Ms. / Master / Miss)

ชื่อและนามสกุลของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย (ภาษาอังกฤษ) Mr.KONDEE SRIKASET
Applicant's Name - Surname in English :

วัน/เดือน/ปี เกิด: 01/01/25XX Date of Birth (dd/mm/yyyy)	อายุ: XX Age	น้ำหนัก: 75 Weight	ส่วนสูง: 180 Height
เพศ: <input checked="" type="checkbox"/> ชาย Male Gender <input type="checkbox"/> หญิง Female	สัญชาติ: ไทย Nationality:	สถานภาพ: <input checked="" type="checkbox"/> โสด Single <input type="checkbox"/> สมรส Married Marital Status <input type="checkbox"/> หม้าย Widowed <input type="checkbox"/> หย่า Divorced	

เอกสารที่ใช้แสดง บัตรประจำตัวประชาชน หนังสือเดินทาง อื่นๆ โปรดระบุ.....
Proof of Identity Identification Card Passport Other please indicate
เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทางเลขที่..... 12134567890XXX วันหมดอายุ..... 01/01/25XX
Identification Card No./Passport No. Expiry Date

ที่อยู่ของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย Residential address of the applicant:

1. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ 1 หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... จามวงศ์วาน
House Registration Address No. Village/ Building Moo Soi Road
แขวง/ตำบล ลาดยาว..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์ 10900
Sub District/ Tumbol District/Ampur Province Postal Code
ประเทศ ไทย..... โทรศัพท์บ้าน 02-1234567..... โทรศัพท์มือถือ 085-1234567..... อีเมล.....
Country Home Phone Mobile Phone Email
kondee.sr@ku.th

2. ที่อยู่ปัจจุบัน เหมือนที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
Current Address Same as House Registration Address
เลขที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... หมู่ที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....
No. Village/ Building Moo Soi Road
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
Sub District/ Tumbol District/Ampur Province Postal Code
ประเทศ..... โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....
Country Home Phone Mobile Phone Email

สถานที่สะดวกในการติดต่อ ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน ที่อยู่ปัจจุบัน
Contact Address House Registered Address Current Address

เป็นสมาชิก/พนักงาน ของผู้ถือกรมธรรม์ วันเริ่มเป็นสมาชิก/เป็นพนักงาน..... 11/1/2567
Be a member/employee of policyholder Membership/ Employment Start Date
 เป็นสมาชิกสมทบ (ผู้อยู่ในอุปการะ) ของสมาชิก/พนักงาน ของผู้ถือกรมธรรม์:
Be additional member (Dependent) of a member/employee of policyholder:
ในฐานะ คู่สมรส บุตร หรือ อื่นๆ (ระบุ)..... ของสมาชิก/พนักงานชื่อ(ชื่อ-นามสกุล)
Be Spouse Child or other (indicate) of Member/Employee name (Full name)

อาชีพ: พนักงานมหาวิทยาลัย ตำแหน่ง: นักวิชาการเกษตร ลักษณะงาน: -
Occupation Position Job Description

ส่วนที่ 2 รายละเอียดเกี่ยวกับผู้รับประโยชน์ : (ถ้ามิได้ระบุส่วนแบ่งของผู้รับประโยชน์ ให้ถือว่าแบ่งผลประโยชน์เท่า ๆ กัน)
Part 2. Beneficiary: (If the allocation for each beneficiary is not specified, the Company assumes that all allocations are in equal proportion)

ชื่อและนามสกุลผู้รับประโยชน์ Beneficiary's Full Name	เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง/เอกสารที่หน่วยงานของรัฐออกให้ ID Card /Passport / Government Issued ID No.	อายุ Age	ความสัมพันธ์ Relationship	ที่อยู่ Address	ร้อยละของผลประโยชน์ % of Benefit
นางสาว	XXXXXXXXXXXXXX	XX	บุตร	XXXX XXXXX XXX	50
นาง	XXXXXXXXXXXXXX	XX	ภรรยา	"	50

(คำแนะนำ เพื่อความรวดเร็วในการพิจารณาประกัน กรุณาระบุผู้รับประโยชน์ที่มีความสัมพันธ์เป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือญาติที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตกับสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัย) (Note: For prompt underwriting, please identify the beneficiaries who have a relationship as parents, spouse, children or relatives who have a blood relationship with the applicant.)

ส่วนที่ 3 ข้อความยืนยันถ้อยแถลงหรือคำตอบในใบคำขอเอาประกันชีวิตของสมาชิกผู้ขอเอาประกันภัยและการให้ความยินยอม
Part 3 Confirmation on declarations or answers provided in the life insurance application of the applicant, and consent

- ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยกลุ่มนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพเป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัยและปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 I hereby confirm that every answer I have given in this group insurance application and every declaration to the attending physician are true and correct in all respects. I understand that if I omit to disclose any fact, the Company may decline the application and contractual claim.
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทน โดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัย หรือสถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว ให้แก่บริษัทหรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยได้ ทั้งนี้ สำเนาภาพถ่ายของการมอบอำนาจนี้ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ
 I and/or my legal representative give consent to physician or insurance company or medical center or any other individual(s) that has my and/or the minor's information pertaining to health, disability, sexual behavior, biological information, genetic information, or racial or will have in the future, to disclose such information to the Company or its representatives for the purposes of insurance application, underwriting or policy benefit payment. A photocopy of this authorization shall be effective and valid as the original.
- ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทน โดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ต่อผู้ถือกรมธรรม์ บริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย
 I and/or my legal representative give consent to the Company to collect, use, or disclose my and/or the minor's information pertaining to health, disability, sexual behavior, biological information, genetic information, or racial to policyholder, other insurance companies, reinsurance brokers, reinsurance companies, legal authorities, medical centers, physicians, medical profession personnel, life insurance agents or life insurance brokers for the purposes of insurance application, underwriting or policy benefit payment.
- ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า หากข้าพเจ้าเพิกถอนความยินยอมตามข้อ 2. หรือข้อ 3. ที่ให้ไว้กับบริษัท จะมีผลกระทบต่อ การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัย ซึ่งจะผลทำให้ข้าพเจ้าไม่ได้รับความคุ้มครองตามกรมธรรม์ประกันภัย
 I understand that if I withdraw the consent given to the Company under item 2. or item 3. above, it will affect the Company's underwriting, insurance policy benefit payment or any services in connection with insurance policy, which will consequently cause the Company to be unable to perform as stated under the terms and conditions of the insurance policy, with the result that I will not be able to receive coverage according to the insurance policy.
- ข้าพเจ้ารับทราบว่า บริษัทจะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลที่อยู่ของข้าพเจ้า เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย ตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน [www.muangthai.co.th/th/privacy-policy นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท] รวมทั้งรับทราบว่า บริษัทจะเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าแก่สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย รายละเอียดการเก็บรวบรวม ใช้และเปิดเผยของสำนักงาน คปภ. ปรากฏตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th
 I hereby acknowledge that the Company will collect, use, disclose and/or transfer my personal data as well as my sensitive data for the purposes of insurance application, underwriting, insurance policy benefit payment according to the Company's Personal Data Protection Policy as shown in [www.muangthai.co.th/en/privacy-policy the Company's Personal Data Protection Policy]. I also acknowledge that the Company will disclose my personal data to the Office of Insurance Commission (OIC) for the benefit of an insurance supervision and promotion of life insurance business according to the laws pertaining to life insurance and the Office of Insurance Commission. Details of the OIC's collection, use and disclosure are subject to the OIC's Personal Data Protection Policy as shown in www.oic.or.th.

6. เมื่อข้าพเจ้าเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดนอกจากของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย

In the event I disclose personal data of any other person(s), besides mine, to the Company for the purposes of insurance application, underwriting, or insurance policy benefit payment,

(1) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ข้าพเจ้าให้แก่บริษัท และจะแจ้งบริษัท หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นที่ได้ให้ไว้ (หากมี)

I hereby represent and warrant that I have already verified the accuracy and completeness of personal data of others that I have provided to the Company. I will keep the Company notified if there is any change to the given personal data of others.

(2) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้รับความยินยอมหรือสามารถอาศัยฐานทางกฎหมายอื่นสำหรับการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามกฎหมายที่ใช้บังคับ

I hereby represent and warrant that I have already received consent or have relied on a lawful basis for collecting, using, disclosing and/or transferring personal data of others in pursuance of applicable laws.

(3) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้าพเจ้าได้แจ้งนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทแก่บุคคลอื่นนั้นแล้ว [www.muangthai.co.th/th/privacy-policy นโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท] ซึ่งมีการแจ้งวัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลต่อสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เพื่อประโยชน์ในการกำกับดูแลและส่งเสริมธุรกิจประกันภัยตามกฎหมายว่าด้วยประกันชีวิตและกฎหมายว่าด้วยคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย ซึ่งสำนักงาน คปภ. จะเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th

I hereby represent and warrant that I have already informed the others of the Company's Personal Data Protection Policy [www.muangthai.co.th/en/privacy-policy the Company's Personal Data Protection Policy]. The Office of Insurance Commission (OIC) has already been notified by me about the objectives of the collection, use, disclosure and/or transfer of personal data for the benefit of an insurance supervision and promotion of life insurance business according to the laws pertaining to life insurance and the Office of Insurance Commission. The OIC will collect, use, disclose and/or transfer personal data of others according to the OIC's Personal Data Protection Policy as shown in www.oic.or.th.

(4) ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่าบริษัทและสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยสามารถเก็บรวบรวม ใช้ เปิดเผย และ/หรือ โอนข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นนั้นตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจมีการแก้ไขเป็นครั้งคราว รวมถึงวัตถุประสงค์ทั้งหมดที่กำหนดไว้ในเอกสารฉบับนี้ และที่เกี่ยวข้องกับการเอาประกันภัย

I hereby represent and warrant that the Company and the Office of Insurance Commission can collect, use, disclose and/or transfer personal data of others according to the objectives specified in the applicable personal data protection policies of the Company and of the OIC which might be amended occasionally, as well as all objectives specified in this document and in other related insurance application documents.

ข้าพเจ้าได้อ่านและตกลงตามข้อความในเอกสารฉบับนี้แล้ว รวมทั้งรับทราบนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสำนักงาน คปภ. แล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้ด้านล่างนี้

I have read and agreed with all of the contents stated in this document, and I have acknowledged the personal data protection policies of the Company and of the OIC. Thus, I hereby affixed my signature below.

ก่อนลงลายมือชื่อให้ท่านกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของคำตอบทุกข้ออีกครั้งหนึ่ง เพื่อความสมบูรณ์ของสัญญาประกันภัย
Before signing this application form, please check the answers once again to ensure the completeness of insurance contract.

เขียนที่ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
Written at

วันที่ 24 เดือน มกราคม พ.ศ. 2567
Date Month Year (B.E)



ภาษาไทย English

สแกนเพื่ออ่านรายละเอียด
นโยบายข้อมูลส่วนบุคคล
Scan to read personal data
protection policy

ลงชื่อ/Signature.....

(นายXX XXXXXXXX)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้าประกันชีวิต

Witness / Life Insurance Agent / Life Insurance Broker

ลงชื่อ/Signature.....

(นางสาวXX XXXXXXXX)

พยาน
Witness

ลงชื่อ/Signature คนดี ศรีเกษตร

(นาย คนดี ศรีเกษตร)

สมาชิกผู้เอาประกันภัย

Insurance Applicant

ลงชื่อ/Signature

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ใช้อำนาจปกครองของ
สมาชิกผู้เอาประกันภัย (กรณีสมาชิกผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)
Giving Consent Legal Representative/Legal Guardian of the
Insurance Applicant. (In case the insurance applicant is a minor)