

แบบคำร้องขอการใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล

บริษัท ไทยประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน)

เนื่องด้วยพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (“พ.ร.บ. คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล”) ระบุให้เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลมีสิทธิอันเกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคลของตนตามที่กำหนดไว้ใน พ.ร.บ. คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อให้บริษัท ไทยประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) สามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนในฐานะที่เป็นผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลได้ บริษัทจึงได้จัดทำแบบคำร้องฉบับนี้ เพื่อจัดให้ท่านสามารถดำเนินการใช้สิทธิของท่าน โปรดระบุรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของผู้ยื่นคำร้องขอ

เพื่อการยืนยันตัวตนของผู้ยื่นคำร้องขอ ขอให้ท่านโปรดใส่ข้อมูลของท่านตามที่ระบุไว้ดังต่อไปนี้

ชื่อ-นามสกุล	
ที่อยู่	
หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้	
อีเมล	

เพื่อประโยชน์ในการยืนยันตัวตนของผู้ยื่นคำร้องขอ บริษัทขอให้ท่านแสดงบัตรประชาชนตัวจริงของท่านในขณะที่ท่านได้ยื่นคำร้องขอฉบับนี้ ทั้งนี้ หากเป็นการยื่นคำร้องขอผ่านทางระบบอิเล็กทรอนิกส์หรือช่องทางอื่น ขอให้ท่านใส่เลขประจำตัวบัตรประชาชน 13 หลัก พร้อมวันที่ออกบัตรและวันที่บัตรหมดอายุ

เลขบัตรประชาชน	
วันที่ออกบัตร	วันที่บัตรหมดอายุ

ส่วนที่ 2 สถานะของผู้ยื่นคำร้องขอ

ท่านเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลที่ต้องการใช้สิทธิตามคำร้องฉบับนี้

- ใช่ ข้าพเจ้าเป็นเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลและมีสิทธิตาม พ.ร.บ. คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ในการยื่นคำร้องขอฉบับนี้
- ไม่ใช่ ข้าพเจ้าดำเนินการในนามของผู้อื่น (ระบุชื่อ และเลขบัตรประจำตัวประชาชนหรือเลขหนังสือเดินทางของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล พร้อมทั้งระบุเหตุผลในการดำเนินการแทน)

ชื่อ-สกุล	
เลขบัตรประจำตัวประชาชน/ เลขที่หนังสือเดินทาง	
เหตุผลในการดำเนินการแทน	

ในการยื่นคำร้องขอแทนหรือในนามเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลบริษัทสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาคำร้องขอของท่านและอาจปฏิเสธคำร้องขอของท่าน เว้นแต่บริษัทมีหน้าที่ตามกฎหมายที่จะต้องพิจารณาและดำเนินการตามคำร้องขอของท่านที่จัดทำแทนหรือในนามเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลอื่น

ส่วนที่ 3 รายละเอียดของคำร้องขอ

ข้าพเจ้าต้องการยื่นคำร้องขอฉบับนี้ต่อบริษัท (ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคล) ดังนี้

ตัวอย่าง ข้าพเจ้าต้องการขอรับสำเนาข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของข้าพเจ้าทั้งหมด

เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลมีสถานะหรือความสัมพันธ์อย่างไรกับบริษัท

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ผู้สมัครงาน | <input type="checkbox"/> พนักงาน | <input type="checkbox"/> อดีตพนักงาน |
| <input type="checkbox"/> ผู้เอาประกันภัย | <input type="checkbox"/> ผู้รับประโยชน์ | <input type="checkbox"/> ผู้ชำระเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย |
| <input type="checkbox"/> คู่ค้า | <input type="checkbox"/> พนักงานของบริษัทคู่ค้า | |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ) _____ | | |

ผู้ร้องขอต้องการใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลในเรื่องใด

- สิทธิในการเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคล
- สิทธิในการขอรับสำเนาข้อมูลส่วนบุคคล
- สิทธิขอให้เปิดเผยการได้มาซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลที่ไม่ได้รับความยินยอมจากเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล
- สิทธิในการเพิกถอนความยินยอม (ใช้ได้เฉพาะเมื่อท่านได้ให้ความยินยอมไว้กับบริษัท)
- สิทธิในการแก้ไขหรือทำให้ข้อมูลเป็นปัจจุบัน
- สิทธิในการลบหรือทำลายข้อมูลส่วนบุคคล
- สิทธิในการระงับการใช้ข้อมูลส่วนบุคคล
- สิทธิในการโอนย้ายข้อมูลส่วนบุคคล
- สิทธิในการคัดค้านการเก็บรวบรวมใช้หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล
- สิทธิในการขอให้ดำเนินการให้ข้อมูลส่วนบุคคลถูกต้อง เป็นปัจจุบัน สมบูรณ์ และไม่ก่อให้เกิดความเข้าใจผิด
- กรณีข้อร้องเรียนอื่นที่เกี่ยวข้อง

หมายเหตุ ขอให้ท่านโปรดระมัดระวังว่าการเลือกใช้สิทธิของท่านมากกว่า 1 สิทธิซึ่งอาจทำให้เกิดความสับสนของบริษัทในการปฏิบัติตามคำขอของท่าน หากท่านเลือกใช้สิทธิมากกว่า 1 สิทธิท่านสามารถเขียนระบุเพิ่มเติมอธิบายถึงการให้สิทธิของท่าน

ขอให้ท่านโปรด อธิบายรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับคำร้องขอนั้น

ตัวอย่าง ข้าพเจ้าขอให้บริษัทส่งสำเนารายละเอียดการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนของข้าพเจ้าไปให้บริษัทประกันภัยเอด้วย

ส่วนที่ 4 การดำเนินงานของบริษัทภายหลังจากที่ได้รับคำร้องขอ

บริษัทขอขอบคุณที่ท่านกรุณาส่งคำร้องขอใช้สิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลพร้อมทั้งเอกสารและรายละเอียดที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ บริษัทจะพิจารณาเรื่องดังกล่าวและดำเนินการติดต่อกลับไปภายในระยะเวลาที่กฎหมายกำหนด หากมีกรณีที่บริษัทอาจต้องการ คำอธิบายเพิ่มเติมหรือต้องโต้แย้งการใช้สิทธิของท่าน บริษัทจะดำเนินการติดต่อท่านกลับไปตามรายละเอียดที่ท่านได้ให้ไว้ในส่วนที่ 1 ภายในระยะเวลาที่กฎหมายกำหนด

ทั้งนี้ บริษัทขอสงวนสิทธิ์ในการปฏิเสธหรือระงับการปฏิบัติตามคำขอของท่านเฉพาะในกรณีดังต่อไปนี้

- 1) บริษัทไม่มีข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับท่าน
- 2) คำร้องขอของท่านไม่อาจแสดงได้ว่าท่านต้องการใช้สิทธิอะไร หรือท่านมีสิทธิตาม พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลอย่างไร
- 3) ท่านไม่สามารถแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนได้ว่าผู้ยื่นคำร้องเป็นเจ้าของข้อมูล หรือมีอำนาจในการยื่นคำร้องดังกล่าว
- 4) ด้วยหน้าที่หรือข้อกำหนดตามกฎหมายบริษัทไม่สามารถให้ข้อมูลหรือดำเนินการตามคำร้องขอของท่าน
- 5) คำร้องขอของท่านไม่เป็นไปตามเงื่อนไขที่ พ.ร.บ. คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล กำหนด หรือบริษัทมีเหตุในการปฏิเสธการดำเนินการตามสิทธิของท่านตามที่ พ.ร.บ. คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล กำหนดไว้ และบริษัทสามารถใช้เหตุดังกล่าวได้โดยชอบด้วยกฎหมาย

ส่วนที่ 5 คำรับรอง

ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจเนื้อหาและข้อกำหนดตามที่ระบุไว้ในคำร้องขอฉบับนี้ พร้อมทั้งรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวที่ข้าพเจ้าให้ไว้ตามเอกสารฉบับนี้ถูกต้อง ครบถ้วนและสมบูรณ์ ข้าพเจ้ายืนยันและรับประกันว่าในการใช้สิทธิตามเอกสารฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสิทธิอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ข้าพเจ้าไม่มีเจตนาดำเนินการเพื่อก่อให้เกิดความเสียหายกับบุคคลใดหรือกับบริษัท ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อตามที่ระบุด้านล่างนี้

ลายมือชื่อ _____

ชื่อ _____

วันที่ _____

ท่านสามารถติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ dpo@thaihealth.co.th หรือ โทร 02-202-9284