


นโยบายจ้างเหมาบริการการทำผิดและข้อร้องเรียน

บริษัท ธนบุรี เฮลท์แคร์ กรุ๊ป จำกัด (มหาชน)

อนุมัติโดยที่ประชุมคณะกรรมการ ครั้งที่ 10/2561 เมื่อวันที่ 18 ตุลาคม 2561

(นายแพทย์บุญ วนาสิน)

ประธานกรรมการ

	บริษัท ธนบุรี เฮลท์แคร์ กรุ๊ป จำกัด (มหาชน)	แก้ไขครั้งที่ -
	นโยบายแจ้งเบาะแสการกระทำผิดและ	มีผลบังคับใช้ 18 ตุลาคม 2561
	ข้อร้องเรียน	ผู้อนุมัติ คณะกรรมการ ครั้งที่ 10/2561

## นโยบายแจ้งเบาะแสการกระทำผิดและข้อร้องเรียน

คณะกรรมการบริษัท บริษัท ธนบุรี เฮลท์แคร์ กรุ๊ป จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) เปิดโอกาสให้กรรมการ ผู้บริหาร พนักงาน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งภายในและภายนอกของบริษัทและบริษัทย่อยสามารถแจ้งเบาะแส เกี่ยวกับการกระทำผิดกฎหมาย ข้อร้องเรียน หรือข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการกระทำความผิดทางกฎหมาย จรรยาบรรณธุรกิจ รายงานทางการเงินที่ไม่ถูกต้อง การทุจริตคอร์รัปชัน หรือความบกพร่องของระบบควบคุม ภายในบริษัทและบริษัทย่อย โดยบริษัทฯจะนำเบาะแส ข้อร้องเรียน หรือข้อเสนอแนะดังกล่าวไปตรวจสอบหา ข้อเท็จจริงเพื่อกำหนดมาตรการกำกับดูแลต่อไป โดยสามารถแจ้งผ่านช่องทาง ดังนี้


**ทางโทรศัพท์** 02-159-0336-7 หรือ ผู้อำนวยการฝ่ายตรวจสอบภายใน 081-613-3539

**ทาง E-mail** BOD@thg.co.th, AC@thg.co.th  
ฝ่ายตรวจสอบภายใน IA@thg.co.th

**ทางเว็บไซต์บริษัท** www.thg.co.th

**ทางจดหมาย** ส่งแบบแจ้งเบาะแสและข้อร้องเรียน (ตามเอกสารแนบ)  
ถึง คณะกรรมการบริษัท, ประธานกรรมการตรวจสอบ,  
หัวหน้าฝ่ายตรวจสอบภายใน

บริษัท ธนบุรี เฮลท์แคร์ กรุ๊ป จำกัด (มหาชน)  
518 ถนนกำแพงเพชร 2 แขวงจตุจักร เขตจตุจักร  
กรุงเทพมหานคร 10900

	บริษัท ธนบุรี เฮลท์แคร์ กรุ๊ป จำกัด (มหาชน)	แก้ไขครั้งที่ -
	นโยบายแจ้งเบาะแสการกระทำผิดและ	มีผลบังคับใช้ 18 ตุลาคม 2561
	ข้อร้องเรียน	ผู้อนุมัติ คณะกรรมการ ครั้งที่ 10/2561


### กระบวนการดำเนินการเมื่อได้รับข้อร้องเรียน

โดยเบื้องต้นฝ่ายตรวจสอบภายในเป็นผู้ดูแล รวบรวม กลั่นกรองข้อมูล พิสูจน์หาข้อเท็จจริงและสรุปเรื่องร้องเรียนต่างๆ ให้แก่ประธานเจ้าหน้าที่บริหาร และประธานเจ้าหน้าที่บริหารจะแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวนเพื่อกลั่นกรองข้อมูลและสอบสวน โดยตัวแทนคณะกรรมการสอบสวนที่เข้าร่วมในการพิจารณา ได้แก่ ผู้อำนวยการฝ่ายบุคคลหรือตัวแทนจากหน่วยงาน, ผู้บังคับบัญชาในสายงานของผู้ร้องเรียนซึ่งต้องเป็นบุคคลผู้ไม่มีความขัดแย้งหรือผลประโยชน์ใดกับผู้ร้องเรียน, ตัวแทนจากคณะทำงานบริหารความเสี่ยง, เลขานุการคณะกรรมการตรวจสอบหรือตัวแทนจากคณะกรรมการตรวจสอบเข้าร่วมเพื่อสังเกตการณ์

ภายหลังการสอบสวน ฝ่ายตรวจสอบภายในจะเป็นผู้สรุปรายงาน และเสนอรายงานในการดำเนินการต่อข้อร้องเรียนและการแจ้งเบาะแสดต่อคณะกรรมการตรวจสอบ ในกรณีที่เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องชื่อเสียง ภาพลักษณ์หรือฐานะทางการเงินของบริษัท หรือเป็นเรื่องที่มีข้อขัดแย้งกับนโยบายในการดำเนินธุรกิจของบริษัท หรือเกี่ยวข้องกับผู้บริหารระดับสูง คณะกรรมการตรวจสอบจะเสนอต่อคณะกรรมการบริษัทเพื่อพิจารณาต่อไป

### มาตรการคุ้มครองผู้แจ้งเบาะแสดการกระทำผิดและผู้ร้องเรียนรวมทั้งการรักษาความลับ

คณะกรรมการบริษัท กำหนดนโยบายและแนวทางในการคุ้มครองผู้แจ้งเบาะแสดการกระทำผิดและผู้ร้องเรียน โดยจะเก็บรักษาข้อมูลของผู้แจ้งเบาะแสดการกระทำผิดและผู้ร้องเรียนไว้เป็นความลับ โดยผู้ได้รับข้อมูลจากการปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องดังกล่าวมีหน้าที่เก็บรักษาข้อมูล ข้อร้องเรียนและเอกสารหลักฐานของผู้แจ้งเบาะแสดการกระทำผิดและผู้ร้องเรียนไว้เป็นความลับ ห้ามเปิดเผยข้อมูลแก่บุคคลที่ไม่มีหน้าที่เกี่ยวข้อง เว้นแต่เป็นการเปิดเผยตามหน้าที่ที่กฎหมายกำหนด

	บริษัท ธนบุรี เฮลท์แคร์ กรุ๊ป จำกัด (มหาชน)	แก้ไขครั้งที่ -
	นโยบายแจ้งเบาะแสการกระทำผิดและ	มีผลบังคับใช้ 18 ตุลาคม 2561
	ข้อร้องเรียน	ผู้อนุมัติ คณะกรรมการ ครั้งที่ 10/2561

**เอกสารแนบ**

**แบบแจ้งเบาะแสและข้อร้องเรียน Complaint and Misconduct Report Form**

วันที่รายงาน: \_\_\_\_\_

Date of report

ชื่อ - นามสกุล\* (เลือกที่จะไม่เปิดเผยก็ได้): \_\_\_\_\_

Whistleblower's name (Optional)

ที่อยู่: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

หมายเลขโทรศัพท์: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Telephone

บริษัทที่เกี่ยวข้อง: \_\_\_\_\_ วันที่เกิดหรือพบเห็นการกระทำผิด: \_\_\_\_\_

Name of company involved Date of incident (and/or date misconduct or fraud was discovered)

โปรดระบุรายละเอียดเรื่องร้องเรียนของท่าน หรือ ลักษณะการกระทำผิดหรือการทุจริต

Please provide full details of the type of misconduct or fraud committed or suspected:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ชื่อ-นามสกุล ตำแหน่งของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล และมูลเหตุที่ทำให้ท่านเชื่อว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์

Name(s) and job title(s) of person(s) believed to be involved and the basis for your belief:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

มูลค่าของเงินหรือทรัพย์สินที่เกี่ยวข้อง / ประมาณการความเสียหายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น (ถ้ามี)

Where money or other valuable assets are involved, estimate the suspected loss (if any)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

หมายเหตุ : โปรดแนบเอกสารเพิ่มเติม (ถ้ามี) Note: Attach additional sheets (if any)