

**หนังสือให้ความยินยอม**

ทำที่ .....

วันที่.....เดือน .....พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า นาย/ นาง/ นางสาว..... ถือบัตรประจำตัวประชาชน/บัตรข้าราชการ/หนังสือเดินทางเลขที่..... ในฐานะผู้ให้ความยินยอม มีความประสงค์ให้แพทย์ โรงพยาบาล คลินิก หรือสถานพยาบาล รวมถึงหน่วยงานอื่นใดที่มีข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการรักษาพยาบาลหรือข้อมูลการรักษาพยาบาล หรือรายละเอียดการรักษาพยาบาลหรือการวินิจฉัยโรคของข้าพเจ้า (“**ประวัติการรักษาพยาบาล**”) ทำการเปิดเผยหรือส่งมอบประวัติการรักษาพยาบาลดังกล่าวและข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าให้กับ บมจ. อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันชีวิต (“**บริษัทฯ**”) หรือผู้รับมอบอำนาจจาก **บริษัทฯ** เพื่อการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน หรือผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มของข้าพเจ้า โดยให้ถือว่าสำเนาเอกสารฉบับนี้มีผลใช้บังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้**บริษัทฯ** เก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของ บริษัทฯ บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัทฯ หรือผู้ถือกรมธรรม์ หรือนายหน้าประกันภัย ซึ่งมีความจำเป็นเพื่อการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนหรือผลประโยชน์ หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยหรือกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่ม อนึ่ง ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจว่าหากมีการเพิกถอนความยินยอมนี้อาจเป็นเหตุให้บริษัทฯ ไม่สามารถพิจารณาค่าสินไหมทดแทนหรือผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยหรือประกันภัยกลุ่มของข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจข้อความข้างต้นเป็นอย่างดีโดยตลอดแล้วเห็นว่าถูกต้องตรงตามเจตนา และความประสงค์ของข้าพเจ้าทุกประการในการให้ความยินยอมและมอบอำนาจแก่บริษัทฯ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ .....  
( ..... )  
ผู้ให้ความยินยอม

ลงชื่อ .....  
( ..... )  
ผู้รับมอบอำนาจของบริษัทฯ

ลงชื่อ .....  
( ..... )  
พยาน

- หมายเหตุ ผู้ให้ความยินยอมหมายถึง**
- ผู้เอาประกันภัย/ผู้รับผลประโยชน์ กรณีบรรลุนิติภาวะแล้ว หรือ
  - บิดา/ มารดา/ ผู้แทนโดยชอบธรรมในกรณีที่ผู้เอาประกันภัยอายุไม่เกิน 10 ปี หรือ
  - บิดา/ มารดา/ ผู้แทนโดยชอบธรรม **ลงนามร่วมกับผู้เอาประกันภัย** ที่มีอายุตั้งแต่ 10 ปี และยังไม่บรรลุนิติภาวะ หรือ
  - ผู้อนุบาล / ผู้พิทักษ์ กรณีที่ผู้เอาประกันภัยเป็นบุคคลไร้ความสามารถ หรือ บุคคลเสมือนไร้ความสามารถ แล้วแต่กรณี

ลงชื่อ .....  
( ..... )  
พยาน