

หนังสือให้ความยินยอมและมอบอำนาจ

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

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

พร้อมกันนี้ ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัทฯ บุคลากร หรือผู้แทนของบริษัทฯ หรือผู้ถือกรรมสิทธิ์ หรือนายหน้าประกันภัย ซึ่งมีความจำเป็นเพื่อการพิจารณาจ่ายค่าสินไหมทดแทนหรือผลประโยชน์ หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยหรือกรมธรรม์ประกันภัยกลุ่ม อนึ่ง ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจว่าหากมีการเพิกถอนความยินยอมนี้อาจเป็นเหตุให้บริษัทฯ ไม่สามารถพิจารณาค่าสินไหมทดแทนหรือผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยหรือประกันภัยกลุ่มของข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้ารับทราบและเข้าใจข้อความข้างต้นเป็นอย่างดีโดยตลอดแล้วเห็นว่าถูกต้องตรงตามเจตนา และความประสงค์ของข้าพเจ้าทุกประการในการให้ความยินยอมและมอบอำนาจแก่บริษัทฯ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ให้ความยินยอม

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับมอบอำนาจของบริษัทฯ

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

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