

## หนังสือยินยอม

10020012



ทำที่ \_\_\_\_\_

วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้า นาย/ นาง/ นางสาว \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี บัตรประจำตัวประชาชน/  
บัตรข้าราชการเลขที่ \_\_\_\_\_ ตกลงยินยอมตลอดไปให้ บมจ. อลิอันซ์ อยุธยา ประกันชีวิต  
("บริษัท") และ/หรือบุคคลหรือนิติบุคคลที่บริษัท เห็นควร ทำการเก็บรวบรวม ใช้ ปรับปรุง และทำการเปิดเผยทั้งในและ  
ต่างประเทศเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า และ/หรือ \_\_\_\_\_ (ผู้เอาประกัน/ผู้ชำระเบี้ย)  
ที่มีอยู่กับบริษัท รวมถึง ยินยอมให้แพทย์ หรือสถานที่ที่เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลเข้าทำการรักษาพยาบาลทุกแห่ง รวมถึง  
หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องให้สามารถเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวข้างต้น ตามความเป็นจริงทั้งหมด รวมทั้ง  
ยินยอมให้คัดถ่ายเอกสาร หรือขอคำรับรองจากข้อมูลดังกล่าวได้ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการทำประกันภัย หรือการประกันภัยต่อ  
หรือการจ่ายค่าสินไหมทดแทน หรือผลประโยชน์อื่นๆ ตามเงื่อนไขที่ระบุไว้ในกรมธรรม์ประกันภัย หรือเพื่อการทำธุรกรรม  
ที่เกี่ยวข้องกับการประกันภัยของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล โดยข้าพเจ้าจะไม่ใช้สิทธิเพิกถอนความยินยอมข้างต้น การกระทำใดๆ  
ของบริษัท และ/หรือผู้รับมอบอำนาจหรือบุคคลที่บริษัทเห็นควร ที่ได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือยินยอมฉบับนี้  
ให้มีผลผูกพันข้าพเจ้าตามกฎหมาย และให้ถือเสมือนหนึ่งเป็นการกระทำของข้าพเจ้าเองทุกประการ อนึ่ง ข้าพเจ้ายินยอมให้  
ถือว่าสำเนาของหนังสือยินยอมฉบับนี้ มีผลบังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับทุกประการ

ข้าพเจ้าได้ทราบ และเข้าใจข้อความข้างต้นเป็นอย่างดีโดยตลอดแล้วเห็นว่าถูกต้องตรงตามเจตนา และความประสงค์  
ของข้าพเจ้าทุกประการในการให้ความยินยอม และมอบอำนาจแก่ผู้รับมอบอำนาจของบริษัท จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ  
ต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้ให้ความยินยอม  
(\_\_\_\_\_)

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ตัวแทนประกันชีวิต / นายหน้า  
(\_\_\_\_\_)

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ พยาน  
(\_\_\_\_\_)

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้รับมอบอำนาจของบริษัท  
(\_\_\_\_\_)