

หนังสือยินยอม (Consent Form)

(ความยินยอมตามความสมัครใจ ไม่มีผลต่อการพิจารณารับประกันภัย)

สถานที่ทำ/Made at.....

วันที่/Date.....เดือน/Monthพ.ศ./Year.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า/By this Letter, I,.....(ผู้เอาประกันภัย/Insured)

เลขประจำตัวประชาชน/ID Card/ หนังสือเดินทาง เลขที่/Passport No.

ที่อยู่/Address

ยินยอมให้ บริษัท อลิอันซ์ ออยุธยา ประกันภัย จำกัด (มหาชน) (บริษัท) ส่งมอบ และ/หรือ เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวของข้าพเจ้าที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย เอกสารข้อยกเว้นโรค เอกสารการเรียกร้องสินไหมทดแทนต่างๆ รวมทั้ง ประวัติการรักษาพยาบาล ใบรับรองแพทย์ ใบเสร็จรับเงิน เป็นต้น ให้กับ.....เลขประจำตัวประชาชนเลขที่/หนังสือเดินทางเลขที่/เลขทะเบียนนิติบุคคล.....

ที่อยู่.....เพื่อดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน หรือการต่ออายุกรมธรรม์ของข้าพเจ้า ตามกรมธรรม์เลขที่

Consent to Allianz Ayudhya General Insurance Public Company Limited (the "Company") to deliver and/or disclose my personal data including sensitive personal data related to an insurance policy, disease exclusion document, claim documents, including, medical records, medical certificates, receipts, etc.

to.....,(the "Representative") with ID Card/Passport No./Company Registration Number.....Address.....

..... for the purpose of coordination and performance relating to claim request submitted to the Company or renewal of insurance policy under insurance policy number

หนังสือยินยอมฉบับนี้ ให้มีผลตลอดระยะเวลาที่กรมธรรม์ที่ระบุไว้ข้างต้นมีผลบังคับ เว้นแต่ข้าพเจ้าจะเพิกถอนก่อน ระยะเวลาดังกล่าว ซึ่งการเพิกถอนนั้นข้าพเจ้าจะเป็นลายลักษณ์อักษรและแจ้งให้ผู้รับประกันภัยทราบโดยไม่ชักช้า

This consent shall be enforced throughout the period of insurance policy specified above unless sooner revoked by me. Such revocation will be made by me in writing and notified to Insurer without delay.

เพื่อเป็นหลักฐาน ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

As evidence, I hereby sign in the presence of the witnesses.

ผู้เอา
ประกันภัย

() Insured

ขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่ออันแท้จริงของผู้เอาประกันภัยซึ่งได้ลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าข้าพเจ้า

พยาน () Witness () Witness

หมายเหตุ:

1. กรุณาแนบสำเนาบัตรประชาชน หรือสำเนาหนังสือเดินทางของผู้เอาประกันภัยมาด้วยทุกครั้ง พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
2. มีพยานลงลายมือชื่ออย่างน้อย 1 คน

Remarks:

1. Please attach the copy of your ID card or passport together with this form and please certify true copy herein
2. The document should be signed by at least one witness.



โปรดศึกษาคำชี้แจงเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของ อลิอันซ์ ออยุธยา ได้ที่
https://www.allianz.co.th/th_TH/privacy-for-aagi/privacy-notice.html หรือเพียงสแกน QR CODE

Allianz Ayudhya General Insurance Privacy Notice
https://www.allianz.co.th/en_TH/privacy-for-aagi/privacy-notice.html QR CODE