บริษัท เอไอเอ จำกัด
เอไอเอ ทาวเวอร์ 181 ถนนสุรวงศ์ เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500
AIA Call Center 1581
AIA.CO.TH

หนังสือให้ความยินยอมเปิดเผยประวัติและมอบอำนาจ

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/น.ส.).....อายุ.....ปี สัญชาติ.....
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่.....อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....ในฐานะผู้ขอเอาประกัน/
ผู้เอาประกันชีวิต/ผู้รับผลประโยชน์/ผู้ปกครอง/ทายาทโดยชอบธรรม ของกรมธรรม์ประกันชีวิตเลขที่.....
ขอให้ความยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาและมอบอำนาจให้ บริษัท เอไอเอ จำกัด และ/หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทฯ เป็นผู้มีอำนาจขอคัดหรือถ่ายสำเนาเอกสารไม่ว่าจะอยู่ในรูปแบบใด เกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพ ผลการตรวจวินิจฉัยอาการหรือโรค และประวัติการรักษาพยาบาลทั้งหมด รวมถึงประวัติการรักษาอาการหรือโรคที่เกี่ยวกับทางสุขภาพจิตของข้าพเจ้า หรือ.....
ซึ่งมีความสัมพันธ์เป็น.....ของข้าพเจ้า จากแพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าว โดยข้าพเจ้าประสงค์ให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องดังกล่าวเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลตามความเป็นจริงทั้งหมดโดยสิ้นเชิง เพื่อประโยชน์ในการขอเอาประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการดำเนินใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอสละสิทธิในการกล่าวโทษหรือฟ้องร้องหรือเรียกร้องค่าเสียหายใดๆ จากแพทย์ คลินิก สถานพยาบาล โรงพยาบาลซึ่งเป็นผู้เปิดเผยหรือดำเนินการใดๆ ตามหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้โดยสิ้นเชิง

การกระทำใดๆก็ตามของผู้รับมอบอำนาจที่ได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้ ให้มีผลผูกพันผู้มอบอำนาจตามกฎหมาย และให้ถือเสมือนหนึ่งเป็นการกระทำของผู้มอบอำนาจเองทุกประการ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความข้างต้นเป็นอย่างดีโดยตลอดแล้วเห็นว่าถูกต้องตรงตามเจตนาและความประสงค์ในการมอบอำนาจของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ..... ผู้ให้ความยินยอมและผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ..... ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน
(.....)