



หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูล ส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า(หรือผู้เอาประกัน) ทั้งข้อมูลเอกสารและข้อมูล อิเล็กทรอนิกส์ ที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต เปิดเผยข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า(หรือผู้ เอาประกัน) ทั้งหมดโดยสิ้นเชิง ให้แก่บริษัท เอไอเอ จำกัด (“บริษัท”) ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของ บริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการ รักษาพยาบาลของข้าพเจ้า(หรือผู้เอาประกัน) ทั้งข้อมูลเอกสารและข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตาม กฎหมาย หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคลากร หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย การเปลี่ยนแปลง การต่ออายุกรมธรรม์ ใช้ประโยชน์ทาง การแพทย์ หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับทุกประการ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดี โดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธี ปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

ลงชื่อ ผู้ให้ความยินยอม โทร
 (.....)

ในฐานะ ผู้เอาประกัน ผู้ชำระเบี้ยประกัน กรมธรรม์เลขที่
 ผู้แทนโดยชอบธรรม /ทายาทโดยชอบธรรม ผู้รับประโยชน์ ผู้จัดการมรดก
 ของ..... กรมธรรม์เลขที่

ลงชื่อ ตัวแทน/พยาน ลงชื่อ ตัวแทน/พยาน
 (.....) (.....)

ลงชื่อ ผู้ขอข้อมูล/ผู้รับมอบอำนาจ
 (.....)

*ผู้รับประโยชน์ ลงนามได้เฉพาะกรณีเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนกรณี
 สำหรับ ธุรกิจปีแรก ต่ออายุ เปลี่ยนแปลง และการเรียกร้องสินไหม

