

หนังสือให้ความยินยอมเกี่ยวกับข้อมูลและการมอบอำนาจให้ดำเนินการเกี่ยวกับข้อมูล

วันที่ (Date) :/...../.....

ข้าพเจ้าชื่อนามสกุล
 ก่อบัตรประชาชนเลขที่ - - -
 ในฐานะ
☐ ผู้เอาประกันภัย ☐ ผู้ชำระเบี้ยประกัน กรมธรรม์เลขที่.....
☐ ผู้รับประโยชน์ ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรม/ทายาทโดยธรรม ☐ ผู้จัดการมรดก

ยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาล ข้อมูลการทำประกันของข้าพเจ้า หรือผู้เอาประกันภัย ข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวกับการเสียชีวิตของผู้เอาประกันภัย ไม่ว่าจะอยู่ในรูปแบบของเอกสารและ/หรือ ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ที่เคยมีในอดีต ปัจจุบัน หรือที่จะมีขึ้นในอนาคต ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกรวมกันว่า **“ข้อมูล”** ทำการเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้า หรือผู้เอาประกันภัยทั้งหมดโดยสิ้นเชิงให้แก่บริษัท เจเนอราลี่ ประกันชีวิต (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน) และบริษัท เจเนอราลี่ ประกันภัย (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน) ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า **“บริษัท”** ตัวแทนประกันภัยของบริษัท ผู้แทนของบริษัท ผู้ถือกรมธรรม์/ผู้ทรงกรมธรรม์ รวมถึงนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย การทำประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย การชดใช้ค่าสินไหมทดแทน การเปลี่ยนแปลงหรือการต่ออายุกรมธรรม์ การให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย หรือเพื่อการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับสัญญาที่ทำไว้กับข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ามอบอำนาจให้บริษัทดำเนินการเกี่ยวกับการขอรับสำเนา หรือเอกสาร หรือรายงานที่เกี่ยวข้องกับข้อมูล ไม่ว่าจะอยู่ในรูปแบบของเอกสารและอิเล็กทรอนิกส์ และยินยอมให้บริษัททำการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้าหรือผู้เอาประกันภัย ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย บริษัทประกันภัย ตัวแทนประกันภัยของบริษัท นายหน้าของบริษัท บุคลากรหรือผู้แทนของบริษัท ผู้ถือกรมธรรม์/ผู้ทรงกรมธรรม์ หน่วยงานหรือบุคคลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกรมธรรม์ประกันภัยหรือผู้ที่ได้รับความยินยอมจากผู้เอาประกันภัย เพื่อวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการขอเอาประกันภัย การทำประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย การชดใช้ค่าสินไหมทดแทน การเปลี่ยนแปลงหรือการต่ออายุกรมธรรม์ การให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย หรือเพื่อการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับสัญญาที่ทำไว้กับข้าพเจ้า

อนึ่ง สำเนาหนังสือให้ความยินยอมเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพให้ถือว่ามิผลบังคับใช้ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับทุกประการ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความทั้งหมดเกี่ยวกับการให้ความยินยอมและการมอบอำนาจข้างต้นโดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตรงตามเจตนาคของข้าพเจ้า จึงได้ลงนามไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ..... (.....) ข้าพเจ้า ผู้มอบอำนาจ / ผู้ให้ความยินยอม (ลูกค้ำ) วันที่:.....	ลงชื่อ..... (.....) บริษัท ผู้รับมอบอำนาจ / ผู้ขอข้อมูล (พนักงานบริษัท) วันที่:.....	ลงชื่อ..... (.....) พยานคนที่ 1 วันที่ ลงชื่อ..... (.....) พยานคนที่ 2 วันที่
---	--	--

หมายเหตุ :

- * กรุณากรอกข้อมูล และลงลายมือชื่อด้วยหมึกสีน้ำเงิน
- ** กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ (อายุต่ำกว่า 20 ปี) ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์
- *** กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน



หากท่านมีข้อสงสัยเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร 1394 หรือผ่านทาง LINE : @GeneraliThailand ภายในวันทำการ วันจันทร์ – วันเสาร์ เวลา 8.30-20.00 น.
 ยกเว้น วันหยุดราชการและวันนักขัตฤกษ์