บริษัท เจนเนอราลี่ ประกันชีวิต (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)
87/2 อาคารซีอาร์ซี ทาวเวอร์ ออลซีซั่นส์ เพลส ชั้น 16 ยูนิต 1602 – 1605
ถนนวิทยุ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
สำนักงานใหญ่ โทร : 02-685-3828 โทรสาร : 02-685-3829
ทะเบียนเลขที่ 0107555000589

หนังสือให้ความยินยอมเกี่ยวกับข้อมูลและการมอบอำนาจให้ดำเนินการเกี่ยวกับข้อมูล

วันที่ (Date) : ...../...../.....

ข้าพเจ้าชื่อ .....นามสกุล .....

ถือบัตรประชาชนเลขที่ ☐-☐☐☐☐-☐☐☐☐☐-☐☐-☐ กรมธรรม์เลขที่.....

ในฐานะ ☐ ผู้เอาประกัน ☐ ผู้ชำระเบี้ยประกัน ☐ ผู้รับประโยชน์ ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรม/ทายาทโดยธรรม ☐ ผู้จัดการมรดก

มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องเป็น.....ของ.....

ยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาล ข้อมูลการทำประกันของข้าพเจ้า หรือผู้เอาประกันภัย ข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวกับการเสียชีวิตของผู้เอาประกัน ไม่ว่าจะอยู่ในรูปแบบของเอกสารและ/หรือข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ที่เคยมีในอดีต ปัจจุบัน หรือที่จะมีขึ้นในอนาคต ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกรวมกันว่า **"ข้อมูล"** ทำการเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้า หรือผู้เอาประกันภัยทั้งหมดโดยสิ้นเชิงให้แก่บริษัท เจนเนอราลี่ ประกันชีวิต (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน) และบริษัท เจนเนอราลี่ ประกันภัย (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน) ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกรวมกันว่า **"บริษัท"** ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท ผู้แทนของบริษัท ผู้ถือกรมธรรม์/ผู้ทรงกรมธรรม์ รวมถึงนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย การทำประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย การชดใช้ค่าสินไหมทดแทน การเปลี่ยนแปลงหรือการต่ออายุกรมธรรม์ การให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย หรือเพื่อการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับสัญญาที่ทำไว้กับข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้บริษัทดำเนินการเกี่ยวกับการขอรับสำเนา หรือเอกสาร หรือรายงานที่เกี่ยวข้องกับข้อมูล ไม่ว่าจะอยู่ในรูปแบบของเอกสารและอิเล็กทรอนิกส์ และยินยอมให้บริษัททำการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลสุขภาพของข้าพเจ้าหรือผู้เอาประกัน ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย บริษัทประกันภัยต่อ ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท นายหน้าของบริษัท บุคลากรหรือผู้แทนของบริษัท ผู้ถือกรมธรรม์/ผู้ทรงกรมธรรม์ หน่วยงานหรือบุคคลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยหรือผู้ที่ได้รับความยินยอมจากผู้เอาประกันภัย เพื่อวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการขอเอาประกันภัย การทำประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย การชดใช้ค่าสินไหมทดแทน การเปลี่ยนแปลงหรือการต่ออายุกรมธรรม์ การให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย หรือเพื่อการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับสัญญาที่ทำไว้กับข้าพเจ้า

อนึ่ง สำเนาหนังสือให้ความยินยอมเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพให้ถือว่ามีผลบังคับใช้ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับทุกประการ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความทั้งหมดเกี่ยวกับการให้ความยินยอมและการมอบอำนาจข้างต้นโดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตรงตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้ลงนามไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....
(.....)	(.....)	(.....)
ข้าพเจ้า ผู้มอบอำนาจ / ผู้ให้ความยินยอม	บริษัท ผู้รับมอบอำนาจ / ผู้ขอข้อมูล	**พยาน**
วันที่	วันที่	วันที่ .....
		ลงชื่อ.....
		(.....)
		พยาน
		วันที่ .....

หมายเหตุ :

* กรุณากรอกข้อมูล และลงลายมือชื่อด้วยปากกา**หมึกสีน้ำเงิน**เท่านั้น

** กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ (อายุต่ำกว่า 20 ปี) ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์

*** กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

หากท่านมีข้อสงสัยเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ ส่วนบริการลูกค้าประกันชีวิตกลุ่ม ฮอตไลน์ 24 ชั่วโมง: 089-499-6918
ภายในวันและเวลาทำการ วันจันทร์ – วันศุกร์ 08.30-17.00 น. (เว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์) LINE: @GenBuddy (วันจันทร์ - วันศุกร์ เวลา 08:30 – 20:00 น.)