

## หนังสือยินยอม



ทำที่.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า นาย/ นาง/ นางสาว.....อายุ.....ปี บัตรประจำตัวประชาชน/  
บัตรข้าราชการเลขที่.....ตกลงยินยอมตลอดไปให้ บมจ. อลิอันซ์ อยุธยา ประกันชีวิต  
("บริษัท") และ/หรือบุคคลหรือนิติบุคคลที่บริษัทฯ เห็นควร ทำการเก็บรวบรวม ใช้ ปรับปรุง และทำการเปิดเผยทั้งในและ  
ต่างประเทศเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้า และ/หรือ..... (ผู้เอาประกัน/ผู้ชำระเบี้ย)  
ที่มีอยู่กับบริษัทฯ รวมถึง ยินยอมให้แพทย์ หรือสถานที่ที่เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลเข้าทำการรักษาพยาบาลทุกแห่ง รวมถึง  
หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องให้สามารถเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวข้างต้น ตามความเป็นจริงทั้งหมด รวมทั้งยินยอมให้  
บุคคลและหน่วยงานอื่นๆ ที่กล่าวก่อนหน้านี้ และบริษัทฯ ทำการคัด ถ่ายเอกสาร หรือขอคำรับรองจากข้อมูลดังกล่าวได้ ทั้งนี้เพื่อ  
ประโยชน์ในการทำประกันภัย หรือการประกันภัยต่อ หรือจ่ายค่าสินไหมทดแทน หรือผลประโยชน์อื่นๆ ตามเงื่อนไขที่ระบุไว้ใน  
กรมธรรม์ประกันภัย หรือเพื่อการทำธุรกรรมที่เกี่ยวกับการประกันภัยของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึง การบริการหลังการขาย  
หรือการส่งเสริมการขายอื่นๆ หรือการปฏิบัติตามกฎหมายหรือคำสั่งของหน่วยงานของรัฐ หน่วยงานราชการ หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ  
โดยข้าพเจ้าจะไม่ใช้สิทธิเพิกถอนความยินยอมข้างต้น การกระทำใดๆ ของบริษัทฯ และ/หรือผู้รับมอบอำนาจหรือบุคคลที่บริษัทฯ  
เห็นควร ที่ได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือยินยอมฉบับนี้ ให้มีผลผูกพันข้าพเจ้าตามกฎหมาย และให้ถือเสมือนหนึ่งเป็น  
การกระทำของข้าพเจ้าเองทุกประการ อนึ่ง ข้าพเจ้ายินยอมให้ถือว่าสำเนาของหนังสือยินยอมฉบับนี้ มีผลบังคับเช่นเดียวกับต้นฉบับ  
ทุกประการ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความข้างต้นเป็นอย่างดีโดยตลอดแล้วเห็นว่าถูกต้องตรงตามเจตนา และความประสงค์ของ  
ข้าพเจ้าทุกประการในการให้ความยินยอมและมอบอำนาจแก่ผู้รับมอบอำนาจของบริษัทฯ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม

(.....)

ลงชื่อ.....ตัวแทนประกันชีวิต/นายหน้า

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจของบริษัทฯ

(.....)