



หนังสือมอบอำนาจและยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษา

ทำที่
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อยู่บ้านเลขที่.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
บัตรประจำตัวประชาชน.....เบอร์ติดต่อ.....ในฐานะ.....
กรมธรรม์เลขที่.....ตกลงยินยอมให้ บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) “บริษัท” และ/หรือผู้แทน
ของบริษัท ทำการเก็บรวบรวม ใช้ ปรับปรุง และทำการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลอ่อนไหว (เช่น เชื้อชาติ ศาสนา ข้อมูลสุขภาพ
ประวัติการรักษา ความพิการ เป็นต้น) ของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เอาประกัน ทั้งข้อมูลเอกสารและข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ที่ผ่านมาหรือจะมี
ขึ้นในอนาคต ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท
บุคลากร หรือผู้แทนของบริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย การเปลี่ยนแปลง การต่ออายุกรมธรรม์ ใช้
ประโยชน์ทางการแพทย์ หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้แพทย์ หรือสถานพยาบาล หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลอ่อนไหว
ข้อมูลสุขภาพ ประวัติการรักษาของข้าพเจ้าหรือผู้เอาประกัน ทั้งข้อมูลเอกสารและข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต
สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ตามความเป็นจริงทั้งหมด รวมทั้งยินยอมให้บริษัท บุคคลและหน่วยงานอื่นๆที่กล่าวถึง มีอำนาจใน
การคัด ถ่ายเอกสาร หรือขอคำรับรองจากข้อมูลดังกล่าวได้ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการขอเอาประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์
ประกันภัย การเปลี่ยนแปลง การต่ออายุกรมธรรม์ ใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์
ประกันภัย

การใดที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปภายใต้ขอบเขตแห่งหนังสือมอบอำนาจ และยินยอมฉบับนี้ ให้ถือเสมือนข้าพเจ้าได้
กระทำด้วยตนเองทุกประการ อนึ่ง สำเนาหนังสือมอบอำนาจและยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามิผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับทุกประการ

ข้าพเจ้ารับทราบนโยบายข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทตามเว็บไซต์ของบริษัท รวมถึงได้ทราบและเข้าใจข้อความข้างต้นเป็น
อย่างดีโดยตลอดแล้วเห็นว่าถูกต้องตรงตามเจตนา และความประสงค์ของข้าพเจ้าทุกประการในการให้ความยินยอมและมอบอำนาจแก่
ผู้รับมอบอำนาจของบริษัท จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม/ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ในฐานะ ผู้เอาประกัน ผู้พิทักษ์ /ผู้อนุบาล /ผู้จัดการมรดก
 ผู้รับประโยชน์ ผู้แทนโดยชอบธรรม /ทายาทโดยธรรม

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ขอข้อมูล/ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

หมายเหตุ :

1. กรณีลงนามด้วยลายพิมพ์นิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรองให้ครบทั้ง 2 ท่าน
2. กรณีผู้เยาว์ ให้ลงนามโดยผู้ใช้อำนาจปกครองที่มีอำนาจกระทำการแทนผู้เยาว์ พร้อมระบุความสัมพันธ์
3. รายละเอียดนโยบายข้อมูลส่วนบุคคลฉบับเต็มของ บมจ.ทิพยประกันชีวิต <https://www.dhipayalife.co.th/about-policy> หรือสแกน QR Code

