

หนังสือให้ความยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษา

เขียนที่
วันที่

เรียน แพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, แพทย์ที่เกี่ยวข้อง
หรือ เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง โรงพยาบาล.....
เรื่อง แจ้งความจำนงและให้ความยินยอมในการเปิดเผยประวัติและขอรับประวัติการรักษา

ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือบุคคลอื่นใดที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัท ซัมซุง ประกันชีวิต(ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) ผู้แทนของบริษัท ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บริษัทประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยอื่น เพื่อดำเนินการเกี่ยวกับการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน การจ่ายค่าสินไหมทดแทน และ/หรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยได้

การให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท ซัมซุง ประกันชีวิต(ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) (“บริษัท”) เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและ/หรือ ผู้รับประโยชน์ (กรณีเป็นผู้เยาว์) ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อวัตถุประสงค์ในการดำเนินการที่เกี่ยวกับการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน การจ่ายค่าสินไหมทดแทน และการอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ ทั้งนี้ ข้าพเจ้ารับทราบว่าบริษัทจะเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าตลอดระยะเวลาการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ข้างต้น และจะเก็บข้อมูลส่วนบุคคลดังกล่าวต่อไปอีก 11 ปีนับแต่สิ้นสุดการดำเนินการดังกล่าว เว้นแต่มีกฎหมายกำหนดหน้าที่ไว้เป็นอย่างอื่น และข้าพเจ้าทราบว่า ข้าพเจ้าสามารถถอนความยินยอม ขอเข้าถึงข้อมูล ขอสำเนาข้อมูล ขอให้โอนข้อมูล ขอให้แก้ไข ขอให้ลบ ทำลาย ขอคัดค้าน หรือ ขอระงับใช้ข้อมูลส่วนบุคคล และข้าพเจ้ามีสิทธิร้องเรียนกรณีการละเมิดข้อมูลส่วนบุคคลได้ ตามที่ พรบ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 กำหนด โดยข้าพเจ้าได้ศึกษานโยบายข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทที่ปรากฏใน <https://samsunglife.co.th/privacy-policy/> เป็นอย่างดีแล้ว การติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม หรือ ร้องขอใช้สิทธิตามที่กฎหมายกำหนด สามารถติดต่อผ่านเจ้าหน้าที่คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท (DPO) ณ สำนักงานใหญ่ของบริษัท ตั้งอยู่เลขที่ 2922/222-2227 อาคารชาเลนเจอร์ฮาวเวอร์ 2 ชั้น 15 ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ แขวงบางกะปิ เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310

อนึ่ง สำเนาหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียด ครบถ้วนแล้วเห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

หมายเหตุ: * กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามพร้อมระบุความสัมพันธ์

** กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ ผู้รับประโยชน์ ผู้เอาประกันภัย
(.....) ผู้ชำระเบี้ยประกัน
โทร: ทายาทโดยชอบธรรม/ผู้แทนโดยชอบธรรม
วันที่: ผู้จัดการมรดกของ
กรมธรรม์เลขที่.....

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