

หนังสือให้ความยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษา

เขียนที่

วันที่

เรียน แพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, แพทย์ที่เกี่ยวข้อง

หรือ เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง โรงพยาบาล.....

เรื่อง แจ้งความจำนงค์และให้ความยินยอมในการเปิดเผยประวัติและขอรับประวัติการรักษา

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

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 เพื่อวัตถุประสงค์ในการดำเนินการเกี่ยวกับการพิจารณาค่าสินไหมทดแทน การจ่ายค่าสินไหมทดแทน และการอื่นใดที่เกี่ยวข้องกับกรรมสิทธิ์ 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 989 อาคารคิงบริดจ์ ทาวเวอร์ ชั้น 18-19 ห้องเลขที่ 1800-1900 ถ.พระราม 3 แขวงบางโพงพาง เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120

อนึ่ง สำเนาหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียด ครบถ้วนแล้วเห็นว่าการปฏิบัติตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

หมายเหตุ: * กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์

** กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

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

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