

หนังสือมอบอำนาจและยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษา

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า อายุ ปี
อยู่บ้านเลขที่..... โทรศัพท์

ในฐานะ ☐ ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย ☐ ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย (เฉพาะสัญญาเพิ่มเติมผลประโยชน์ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย) หรือ
☐ ผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครองโดยชอบธรรม ☐ ผู้อนุบาล /ผู้พิทักษ์ ☐ ผู้จัดการมรดก ☐ ผู้รับประโยชน์ทายาทโดยชอบธรรม
ของ

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ สถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใดที่มีข้อมูลส่วนบุคคล บันทึกประวัติสุขภาพ การป่วย การบาดเจ็บ ผลการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสีวิทยาและภาพการแพทย์ หรือการตรวจทางการแพทย์อื่น ๆ เปิดเผยข้อมูลให้แก่ บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้รับมอบอำนาจของบริษัท รวมถึงขอคัด ถ่ายเอกสาร ขอคำรับรองประวัติการรักษาพยาบาล และ/หรือขอรับเอกสารดังกล่าวข้างต้น เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือพิจารณาขอใช้เงินตามสัญญาประกันชีวิต หรือเงินผลประโยชน์อันจะพึงจ่ายตามกรมธรรม์ และยินยอมให้บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย โดยข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในการใดที่ผู้รับมอบอำนาจได้ทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทุกประการ เพื่อเป็นหลักฐานจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน อนึ่ง **สำเนาภาพถ่ายของหนังสือฉบับนี้ ให้มีผลบังคับใช้ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ**

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความ และนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทเป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้วจึงตกลงให้ความยินยอมข้างต้น



สแกนเพื่ออ่านรายละเอียด
นโยบายความเป็นส่วนตัว

ลงชื่อ...../ผู้มอบอำนาจ
/ผู้เปิดเผยข้อมูล
(.....)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
(เฉพาะเจ้าหน้าที่บริษัทเท่านั้น)
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ลงชื่อ ผู้ให้ความยินยอม
(เฉพาะผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ปกครอง)
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ความสัมพันธ์

หมายเหตุ : 1. กรณีไม่สามารถลงนามได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือหัวแม่มือไว้เป็นหลักฐานในช่องลงชื่อ (ระบุด้วยว่า เป็นลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือข้างใด)
พร้อมทั้งให้พยานลงชื่อน้อย 2 คน *

2. กรณีที่ผู้เยาว์อายุไม่เกิน 10 ปี ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ปกครองโดยชอบด้วยกฎหมายลงนามแทนผู้เยาว์
3. กรณีที่ผู้เยาว์อายุเกิน 10 ปี ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมหรือผู้ปกครองโดยชอบด้วยกฎหมายลงนามร่วมกับผู้เยาว์
4. โปรดขีดฆ่าทับ/ปกปิด/ลบ ข้อความ "ศาสนา" "เชื้อชาติ" "หมู่เลือด" ใด ๆ ที่ปรากฏในสำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาทะเบียนบ้าน และลงนามกำกับไว้ในตำแหน่งที่มีการขีดฆ่า/ปกปิด/ลบ ข้อความนั้น หากท่านไม่ดำเนินการ ท่านยินยอมให้บริษัทดำเนินการแทนท่านได้