

หนังสือให้ความยินยอม / Consent Form

ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

According to Personal Data Protection Act B.E. 2562 (2019)

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท ไทยประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) เก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งรวมถึง ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ ข้อมูลพันธุกรรม ข้อมูลชีวภาพ ของข้าพเจ้าที่มีอยู่กับบริษัทฯ เพื่อให้บริการ ตามสัญญาประกันภัยของบริษัทฯ เช่น การขอเอาประกันภัย การขอต่ออายุกรมธรรม์ประกันภัย การขอยกเลิก กรมธรรม์ประกันภัย การชำระเบี้ยประกันภัย การจ่ายค่าสินไหมทดแทน และการทำประกันภัยต่อของบริษัทฯ เป็นต้น

I hereby consent Thai Health Insurance PLC to collect, process, or disclose my personal information which includes health and medical conditions, disabilities, genetic information, and biological information which the Company possess for the purpose of insurance services in according to the insurance policy, for example, Applying for Insurance, Policy Renewal, Policy Cancellation, Premium Payment, Claim Payment and Reinsurance Procedure of the Company.

ลงชื่อ / Sign ผู้เอาประกันภัย / The Insured

(.....)

วันที่ / Date

กรณารกรายละเอียด / Please Fill The Details

- กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ / Policy No.
- ชื่อผู้เอาประกันภัย / Insured Name.....
- เลขบัตรประชาชนผู้เอาประกันภัย / ID Card Number of The Insured.....
- เลขที่หนังสือเดินทาง (สำหรับชาวต่างชาติ) / Passport Number (for foreigner).....