



บริษัท สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

SAHA LIFE INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

36/179,36/183,36/186 ถนนมอเตอร์เวย์ แขวงคลองสองต้นนุ่น เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร 10520 โทร. 0-2379-5099 โทรสาร. 0-2379-5466, 0-2731-7727-28

สหประกันชีวิต
SAHA LIFE INSURANCE

36/179,36/183,36/186 Motoway Road khlong Song ton Nun , Lat Krabang Bangkok 10520, Thailand Tel. +66-2379-5099 Fax +66-2379-5466, +66-2731-7727-28
Website : http://www.sahalife.co.th E-mail Address : saha@sahalife.co.th ทะเบียนเลขที่ 0107554000186

****แบบฟอร์มหนึ่งใบต่อผู้รับประโยชน์/ทายาทหนึ่งคนเท่านั้น****

แบบเรียกร้องค่าทดแทนสินไหมทดแทน (บุคคลเป็นผู้รับผลประโยชน์/ทายาท)

1. ชื่อ-สกุล ผู้เสียชีวิต.....กรมธรรม์เลขที่.....
 วันที่เสียชีวิต.....สถานที่.....เหตุที่เสียชีวิต.....
 ที่อยู่.....

2. ชื่อ-นามสกุล(ผู้รับประโยชน์/ทายาท).....
 โปรดระบุความสัมพันธ์ของท่านกับผู้เสียชีวิต.....เลขที่บัตรประชาชน.....
 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....
 หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....อีเมล.....

ถ้อยคำเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท สหประกันชีวิต จำกัด(มหาชน) เก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลส่วนบุคคล ศาสนา เชื้อชาติทั้งที่ไว้ข้างต้น ที่มีอยู่แล้วในปัจจุบันและที่จะมีเพิ่มเติมในอนาคต(รวมเรียกว่า “ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว”) รวมถึงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวดังกล่าวตามที่จำเป็นให้แก่ ผู้บริหาร พนักงานและตัวแทนประกันชีวิตของบริษัทฯ นายหน้าประกันชีวิต ธนาคาร บริษัทประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยอื่น สมาคมประกันชีวิตหน่วยงานที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการรับ/จ่ายเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ หน่วยงานราชการ หน่วยงานและคณะกรรมการที่มีอำนาจหน้าที่บังคับใช้กฎหมายหรือที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมาย หน่วยงานรัฐหรือหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่ควบคุมกำกับดูแล เพื่อให้บริษัทฯ บุคคลและหน่วยงานต่างๆข้างต้น เก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหวตามที่จำเป็นและตามที่กฎหมายกำหนดเพื่อการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย การจ่ายค่าสินไหมทดแทนเป็นฐานข้อมูลกลางของบริษัทประกันภัยทั้งหลายสำหรับการตรวจสอบประวัติผู้เอาประกันภัยและประวัติการเรียกร้องสินไหมทดแทน การดำเนินการใดๆที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย เพื่อการใดๆอันเป็นประโยชน์แก่ข้าพเจ้า

ข้าพเจ้ารับทราบว่าการไม่ให้ความยินยอม การเปลี่ยนแปลงขอบเขตการให้ความยินยอม การเพิกถอนความยินยอม การคัดค้าน การขอให้ลบหรือทำลายข้อมูลส่วนบุคคล อาจมีผลทำให้บริษัทฯ ไม่สามารถบริหารจัดการหรือดำเนินการใดๆอันจำเป็นในการทำสัญญาประกันภัยได้และอาจมีผลกระทบต่อให้บริการ การจ่ายเงินผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ ทั้งนี้ การที่ข้าพเจ้าแสดงเจตนาโดยทำเครื่องหมาย ใน นี้ถือว่าข้าพเจ้าให้ความยินยอมในการเก็บรวบรวมใช้และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลตามที่ได้ระบุไว้ข้างต้นโดยชัดแจ้งแล้วพร้อมทั้งได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ถ้อยคำมอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว เกี่ยวข้องเป็น ของผู้เอาประกัน ข้าพเจ้าในฐานะที่เป็นทายาทตามกฎหมายของผู้เอาประกัน / ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์ของผู้เอาประกันภัย ผู้อ้างสิทธิ์ ผู้ให้ความยินยอมตามกรมธรรม์ประกันภัยของบริษัท สหประกันชีวิต จำกัด(มหาชน) ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล หรือผู้ถือกรรมสิทธิ์ หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องซึ่งข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัยที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัยแก่บริษัท ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บริษัทประกันภัยต่อ การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบริษัท หรือผู้แทนของบริษัทเพื่อการขอเอาประกัน หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการดำเนินการใดๆที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าในฐานะที่เป็นทายาทตามกฎหมายของผู้เอาประกัน/ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์ ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวมใช้และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและ/หรือผู้รับประโยชน์(กรณีผู้เยาว์)และผู้เอาประกันภัยที่รวมถึง ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัย ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรรมสิทธิ์เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

อนึ่ง ให้สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้มีผลบังคับใช้ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับทุกประการ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้วเห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันตามเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อเพื่อมอบอำนาจและให้ความยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษาดังกล่าวข้างต้น

ลงชื่อ.....ผู้เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล(ผู้รับประโยชน์/ทายาท)/ผู้รับมอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติ
 ลงชื่อ.....พยาน ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
 () (บริษัท สหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน))

กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ (อายุไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์) ให้ บิดา/มารดา/ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายลงนามพร้อมระบุความสัมพันธ์

*ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม ความสัมพันธ์กับผู้เยาว์