

หนังสือมอบอำนาจประสานงาน รับทราบและประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคล
(Power of Attorney to Coordinate, Acknowledge and Process My Personal Data)

เขียนที่ (Written at)

วันที่ (Date) เดือน (Month)..... ปี (Year)

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า / By this letter I,

.....ผู้มอบอำนาจ (Grantor)

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง (ID Card/Passport No.)

ที่อยู่/ Address

ขอมอบอำนาจให้/ Have granted AA Insurance Brokers Co.,Ltdผู้รับมอบอำนาจ (Grantee)

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง/ทะเบียนนิติบุคคล (ID Card/Passport/Company Registration No.) ...0205549016956

.....

ที่อยู่/ Address 565/62 Moo 10 Soi. Near Big C South Pattaya, South Pattaya Rd., Nongprue, Banglamung, Chonburi 20150

เป็นผู้มีอำนาจจัดการและประสานงานกับ บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) ผู้รับประกันภัยในนามของข้าพเจ้า และผู้รับมอบอำนาจได้รับความยินยอมจากข้าพเจ้าในการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าภายใต้กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับสัญญาและ/หรือกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งกรณีกรมธรรม์ฉบับใหม่และฉบับต่ออายุ เอกสารข้อยกเว้นโรค เอกสารการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนต่างๆ รวมทั้งประวัติการรักษาพยาบาล ใบรับรองแพทย์ ใบเสร็จรับเงิน เป็นต้น เพื่อใช้ในการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันสุขภาพหรือประกันอุบัติเหตุที่ข้าพเจ้าเข้าทำกับผู้รับประกันภัย

กรมธรรม์เลขที่

หนังสือมอบอำนาจฉบับนี้จะเป็นโมฆะและไม่มีผลบังคับใช้ตามระยะเวลาเดียวกันกับกรมธรรม์ที่ระบุไว้ข้างต้น เว้นแต่ข้าพเจ้าจะขอเพิกถอนก่อนระยะเวลาดังกล่าวซึ่งการเพิกถอนนั้นข้าพเจ้าจะทำเป็นลายลักษณ์อักษรและแจ้งให้ผู้รับประกันภัยทราบโดยไม่ชักช้า

ทั้งนี้ การกระทำใดๆ ที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำไปตามหนังสือมอบอำนาจนี้ ข้าพเจ้ารับทราบ ยินยอม และขอรับผิดชอบโดยให้ถือเสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำด้วยตนเองทั้งสิ้น เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

As an authority and lawful attorney to manage and coordinate with Pacific Cross Health Insurance PCL, the Insurer, on my behalf and the attorney has given my consent to carry out the coordination, acknowledge and process my personal data pursuant to the Personal Data Protection Act related to my insurance agreement and/or policy either a new policy or renewal policy, disease exclusion documents, claim documents, including my medical treatment records, medical certificates, receipts, etc. concerning to health insurance policies or accident insurance policies which I entered into with the Insurer,

Policy Number

This Power of Attorney shall become null and void at the same period of insurance policy specified above unless I request a revocation before such period, such revocation will be made in writing and notified to the Insurer without delay.

Any actions that the attorney has been done in accordance with this power of attorney, I shall acknowledge, agree and take responsibility regard as if I had done by myself. As evidence, I hereby sign in the presence of the witness.

.....

ผู้มอบอำนาจ (Grantor)

ขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่ออันแท้จริงของผู้มอบอำนาจซึ่งได้ลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าข้าพเจ้า

I hereby certify that it is true signature of the Grantor who has signed in the presence.

.....

พยาน (Witness)