

โปรดตรวจสอบนโยบายการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของ
บริษัท ชิกน่า ประกันภัย จำกัด (มหาชน) จากคิวอาร์โค้ดนี้ก่อนลงนาม



1. ความยินยอมของผู้เอาประกันภัยผู้เรียกร้องสิทธิตามกรมธรรม์

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท ชิกน่า ประกันภัย จำกัด (มหาชน) เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ บันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วย ประวัติทางการแพทย์ ประวัติการรับการรักษาพยาบาล และการรับการตรวจวินิจฉัยโรคของข้าพเจ้า เพื่อวัตถุประสงค์ในการพิจารณาคำขอเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์ที่ข้าพเจ้ามีอยู่กับบริษัท โดยในการให้ความยินยอมนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบนโยบายการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทตามรายละเอียดที่ระบุในเว็บไซต์ <https://www.cigna.co.th/privacy-statement> ซึ่งข้าพเจ้าได้อ่านจากคิวอาร์โค้ดข้างต้นนี้แล้ว และข้าพเจ้ารับทราบว่า หากข้าพเจ้าไม่ยินยอมหรือเพิกถอนความยินยอมในการให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวเพื่อวัตถุประสงค์ตามที่ระบุไว้ข้างต้นนี้ บริษัทจะไม่สามารถดำเนินการพิจารณาคำขอเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนและจ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์ให้กับข้าพเจ้าได้

ยินยอม ไม่ยินยอม

ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย

(.....)

วัน/เดือน/ปี.....

2. ความยินยอมของผู้ใช้อำนาจปกครองของผู้เยาว์ ผู้อนุบาลของคนไร้ความสามารถ หรือผู้พิทักษ์ของคนเสมือนไร้ความสามารถ ตามกฎหมาย รวมถึงความยินยอมของผู้เยาว์ที่มีอายุเกิน 10 ปีบริบูรณ์

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท ชิกน่า ประกันภัย จำกัด (มหาชน) เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลสุขภาพ บันทึกเรื่องราวการเจ็บป่วย ประวัติทางการแพทย์ ประวัติการรับการรักษาพยาบาล และการรับการตรวจวินิจฉัยโรคของ เพื่อวัตถุประสงค์ในการพิจารณาคำขอเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์ที่ออกโดยบริษัท โดยในการให้ความยินยอมนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบนโยบายการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทตามรายละเอียดที่ระบุในเว็บไซต์ <https://www.cigna.co.th/privacy-statement> ซึ่งข้าพเจ้าได้อ่านจากคิวอาร์โค้ดข้างต้นนี้แล้ว และข้าพเจ้ารับทราบว่า หากข้าพเจ้าไม่ยินยอมหรือเพิกถอนความยินยอมในการให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ หรือเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวเพื่อวัตถุประสงค์ตามที่ระบุไว้ข้างต้นนี้ บริษัทจะไม่สามารถดำเนินการพิจารณาคำขอเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนและจ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์ได้

ยินยอม ไม่ยินยอม

ลงชื่อ ผู้ใช้อำนาจปกครอง/ผู้อนุบาล/ผู้พิทักษ์

(.....)

วัน/เดือน/ปี.....

ยินยอม ไม่ยินยอม

ลงชื่อ ผู้เยาว์ (กรณีอายุเกิน 10 ปีบริบูรณ์)

(.....)

วัน/เดือน/ปี.....