



บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ ราบาว 9 ชั้น 1, 22-27
ถนนพหลโยธิน 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159 ทะเบียนเลขที่ 0107555000376
www.krungthai-axa.co.th

(UW08)

หนังสือมอบอำนาจ

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ -

วันที่ เดือน พ.ศ.

หนังสือฉบับนี้ทำขึ้นเพื่อแสดงว่า ข้าพเจ้า

บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่ อายุ ปี อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่

ถนน แขวง/ตำบล เขต/อำเภอ

จังหวัด ผู้ขอเอาประกันชีวิตของ บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ขอมอบอำนาจให้

บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัท ฯ ดำเนินการขอประวัติการตรวจรักษาหรือบันทึกอื่นใดเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมา และ/หรือที่จะมีขึ้นในอนาคตจากโรงพยาบาล/คลินิก/องค์การหรือ บุคคลหนึ่งบุคคลใด เพื่อใช้ประกอบการรับประกันภัย และ/หรือ การจ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามเงื่อนไขของกรมธรรม์หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยได้ อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้ให้ถือว่ามิผลบังคับเสมือนต้นฉบับจริง

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ตามเอกสารฉบับนี้เป็นอย่างโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานและตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ทุกประการ

หมายเหตุ : กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์ กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ข้อมูลส่วนบุคคลของท่านจะถูกเก็บรวบรวม ใช้เปิดเผยสำหรับการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนและวัตถุประสงค์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ ท่านสามารถอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการข้อมูลส่วนบุคคลของท่านได้ที่ <https://www.krungthai-axa.co.th/th/Privacy-Policy>



ลายมือชื่อ ผู้มอบอำนาจ

()

กรณีที่ผู้ปกครองเป็นผู้ลงนามแทนผู้เยาว์
โปรดระบุความสัมพันธ์กับผู้เยาว์

ลายมือชื่อ พยาน

()

ลายมือชื่อ พยาน

()

