

**บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)**

เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 22-27  
 ถนนพหลโยธิน แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310  
 โทร. 0 2044 4000 โทรสาร 0 2044 4032 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159  
 ทะเบียนเลขที่ 0107555000376 www.krungthai-axa.co.th

**หนังสือยินยอมและมอบอำนาจ**

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่  -   
 ■ บริษัท ฯ เก็บข้อมูลตามแบบฟอร์มนี้ไว้ในรูปแบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

ทำที่   
 วันที่  เดือน  พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว  อายุ  ปี เกี่ยวข้องเป็น   
 และเป็นผู้รับประโยชน์ตามคำขอเอาประกันชีวิต/กรมธรรม์ประกันชีวิตของ  ตกลงยินยอมมอบอำนาจให้  
 บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เป็นผู้มออำนาจขอคัดหรือถ่ายสำเนาเอกสาร หรือขอคำรับรองประวัติการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน  
 ประวัติรักษาโรคทุกประเภทรวมทั้งผลการตรวจวินิจฉัยโรค การวิเคราะห์ฮีโมกซ์เรย์ การตรวจเลือด น้ำลาย หรือการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาสาเหตุแห่งโรคต่าง ๆ ของ  
 ข้าพเจ้าและหรือ  ทางทางแพทย์ รวมทั้งรายละเอียดคำรักษาพยาบาลทั้งหมดจากแพทย์ คลินิก โรงพยาบาลรัฐบาล โรง  
 พยาบาลเอกชน หรือสถานเอนามัยทุกแห่งที่เข้ารับการรักษา

ในการดำเนินการดังกล่าว ข้าพเจ้ามีเจตนาต้องการและยินยอมให้แพทย์ คลินิก โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานเอนามัยทุกแห่งดังกล่าว  
 ตามความเป็นจริงทั้งหมดโดยสิ้นเชิง ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ในการสมัครประกันชีวิต และ/หรือการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์ประกันภัยของข้าพเจ้าและ/หรือ  
 จากทาง บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

หากเกิดความเสียหายใด ๆ ต่อข้าพเจ้าและ/หรือ  ไม่ว่าจะทางตรงหรือทางอ้อม ข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์ในการว่ากล่าวหรือ  
 ฟ้องร้อง หรือเรียกร้องค่าเสียหายใด ๆ จากแพทย์ คลินิก โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานเอนามัยดังกล่าว ซึ่งเป็นผู้เปิดเผยหรือดำเนินใด ๆ ตาม  
 หนังสือยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้โดยสิ้นเชิง

การกระทำใด ๆ ของผู้รับมอบอำนาจที่ได้กระทำภายในขอบเขตแห่งหนังสือยินยอมและมอบอำนาจนี้ ให้มีผลผูกพันผู้มอบอำนาจตามกฎหมายโดยให้ถือเสมือน  
 หนึ่งเป็นการกระทำของผู้มอบอำนาจเองทุกประการ และสำเนาภาพถ่ายของหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่า มีผลใช้บังคับได้สมบูรณ์เสมือนต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความข้างต้นเป็นอย่างดีโดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาและความประสงค์ในการมอบอำนาจของข้าพเจ้าทุกประการ จึง  
 ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลายมือชื่อ  ผู้มอบอำนาจ/ผู้ให้ความยินยอม  
 (  )

ลายมือชื่อ  ผู้รับมอบอำนาจ  
 (  )

ลายมือชื่อ  พยาน  
 (  )

ลายมือชื่อ  พยาน  
 (  )

\*\*\*โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง\*\*\*

