

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

เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 20-27
ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310
โทร. 0 2044 4000 โทรสาร 0 2044 4032 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159
ทะเบียนเลขที่ 0107555000376 www.krungthai-axa.co.th

หนังสือมอบอำนาจกรมธรรม์เลขที่ - 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/หรือที่มีขึ้นในอนาคตจากโรงพยาบาล/คลินิก/องค์กรหรือ บุคคลหนึ่งบุคคลใด เพื่อใช้ประกอบการรับประกันภัย และ/หรือ การจ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามเงื่อนไขของกรมธรรม์หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยได้ อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้ให้ถือว่า มีผลบังคับเสมือนต้นฉบับจริง

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัท ฯ ตามเอกสารฉบับนี้เป็นอย่างดี และโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานและตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัท ฯ ทุกประการ

หมายเหตุ : กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์ กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ลายมือชื่อ ผู้มอบอำนาจ()

กรณีที่ผู้ปกครองเป็นผู้ลงนามแทนผู้เยาว์

โปรดระบุความสัมพันธ์กับผู้เยาว์

ลายมือชื่อ พยาน()ลายมือชื่อ พยาน()