

หนังสือยินยอมและมอบอำนาจ

เขียนที่

วันที่

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาวอายุ.....ปี
ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย / ผู้ปกครองของ.....ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า “ผู้เยาว์” ตกลง
ยินยอมมอบอำนาจให้ **บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)** เป็นผู้มีอำนาจขอคัดหรือถ่ายเอกสารหรือขอคำรับรอง
ประวัติการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ประวัติรักษาโรคทุกประเภท รวมทั้งผลการตรวจวินิจฉัยโรค การวิเคราะห์
เอกซเรย์ การตรวจเลือด น้ำลาย หรือการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาสาเหตุแห่งโรคต่างๆ ของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ตาม
ทางการแพทย์รวมทั้งรายละเอียดคำรักษาพยาบาลทั้งหมดจากแพทย์ คลินิก โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือ
สถานื่อนามัยทุกแห่งที่ข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์เข้าทำการรักษา รวมถึงประวัติและเอกสารทางราชการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับ
ข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์จากหน่วยราชการ

ในการดำเนินการดังกล่าวข้าพเจ้ามีเจตนาต้องการและยินยอมให้แพทย์ คลินิก โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาล
เอกชน สถานื่อนามัย หรือหน่วยงานราชการทุกแห่งดังกล่าว เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลและเอกสารของข้าพเจ้าและ/
หรือผู้เยาว์ตามความเป็นจริงทั้งหมดโดยสิ้นเชิง ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการสมัครประกันชีวิต และหรือการเรียกร้องค่าสินไหม
ทดแทนตามกรมธรรม์ประกันภัยของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์จาก **บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)**

หากเกิดความเสียหายใดๆ ต่อข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม ข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์ในการ
ว่ากล่าวหรือฟ้องร้องหรือเรียกร้องค่าเสียหายใดๆ จากแพทย์ คลินิก โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน สถานื่อนามัย
หรือหน่วยงานราชการ ดังกล่าวซึ่งเป็นผู้เปิดเผยหรือดำเนินการใดๆ ตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้โดยสิ้นเชิง

การกระทำใดๆของผู้รับมอบอำนาจที่ได้กระทำภายในขอบเขตแห่งหนังสือยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้ให้มีผล
ผูกพันผู้มอบอำนาจตามกฎหมายและให้ถือเสมือนหนึ่งเป็นการกระทำของผู้มอบอำนาจเองทุกประการ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความข้างต้นเป็นอย่างดีโดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาและความประสงค์
ในการมอบอำนาจของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ/ผู้ให้คำยินยอม
()

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
()

ลงชื่อ.....พยาน
()

ลงชื่อ.....พยาน
()

