


**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

# 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 ดำเนินการขอประวัติการตรวจรักษาหรือบันทึกอื่นใดเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมาและ/หรือที่จะมีขึ้นในอนาคตจากโรงพยาบาล/คลินิก/องค์การหรือบุคคลหนึ่งบุคคลใด เพื่อใช้ประกอบการรับประกันภัย และ/หรือ การจ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนตามเงื่อนไขของกรมธรรม์หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัยได้อันนี้ สำเนาภาพถ่ายหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้ให้ถือว่ามียผลบังคับเสมือนต้นฉบับจริง

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ตามเอกสารฉบับนี้เป็นอย่างโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานและตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัท ฯ ทุกประการ

**หมายเหตุ :** กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์ กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ลายมือชื่อ  ผู้มอบอำนาจ  
(  )

ลายมือชื่อ  ผู้แทน  
(  )  
โดยชอบธรรม  
ความสัมพันธ์

ลายมือชื่อ  พยาน  
(  )

ลายมือชื่อ  พยาน  
(  )