หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า _____ ขอให้ความยินยอมไว้แก่ บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) (ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า “บริษัท”) รวมทั้งบุคคลหรือนิติบุคคลที่ได้รับมอบหมายจากบริษัทให้ ดำเนินการตรวจเลือด ตรวจน้ำลาย ตรวจปัสสาวะ หรือตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ เพิ่มเติม เพื่อนำผลมาประกอบการพิจารณารับประกันภัยตามใบคำขอเอาประกันชีวิตที่ยื่นหรือจะยื่นต่อบริษัท การตรวจดังกล่าวนี้ให้รวมถึงการตรวจไขมันในเลือด เบาหวาน การทำงานของตับ ไต การติดเชื้อไวรัสเอดส์ (ภูมิคุ้มกันบกพร่อง) หรือการติดยา ยาเสพติด บุหรี่ หรือสารอื่น ๆ

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัทเปิดเผยผลการตรวจดังกล่าวต่อบริษัทประกันชีวิตอื่นเพื่อประกอบการขอเอาประกันชีวิต และ/หรือจ่ายเงินตามกรมธรรม์ของข้าพเจ้ากับบริษัทนั้นด้วย

ลงนาม ณ _____

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ลายมือชื่อ _____ ผู้ขอเอาประกันภัย

(_____)

ลายมือชื่อ _____ ผู้แทนโดยชอบธรรม

(_____)

ข้าพเจ้า _____ ขอรับรองว่า เป็นผู้นำผู้ขอเอาประกันภัยข้างต้นมาทำการตรวจจริง

ลายมือชื่อ _____ พยาน/ตัวแทน

รหัส _____ หน่วย/ภาค _____

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ได้ดำเนินการตรวจการติดเชื้อไวรัสโรคเอดส์ หรือทำการเก็บตัวอย่างเลือด/น้ำลายสำหรับการตรวจ ผู้ขอเอาประกันชื่อ _____ บัตรประจำตัวเลขที่ _____ เมื่อวันที่ _____ จริง

ลายมือชื่อ _____ แพทย์/นักวิทยาศาสตร์การแพทย์

ใบอนุญาตเลขที่ _____

บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

Krungthai-AXA Life Insurance Public Company Limited

เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 20-27 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310

9, G Tower Grand Rama 9, Floor 1, 20-27 Rama 9 Road, Huai Khwang, Huai Khwang, Bangkok 10310

โทร. 0 2044 4000 โทรสาร 0 2044 4032 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์/Customer Center โทร./Tel. 1159 เลขทะเบียนบริษัท ฯ 0107555000376 www.krungthai-axa.co.th