



บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 20-27

ถนนพหลโยธิน 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310

โทร. 0 2044 4000 โทรสาร 0 2044 4032 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1159

ทะเบียนเลขที่ 0107555000376 www.krungthai-axa.co.th

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่  -

## หนังสือยินยอมและมอบอำนาจ

ทำที่   
วันที่  เดือน  พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว  อายุ  ปี เกี่ยวข้องเป็น   
และเป็นผู้รับประโยชน์ตามคำขอเอาประกันชีวิต/กรมธรรม์ประกันชีวิตของ  ตกลงยินยอมมอบอำนาจให้  
บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เป็นผู้มีอำนาจขอคัดหรือถ่ายสำเนาเอกสาร หรือขอคำรับรองประวัติการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน  
ประวัติรักษาโรคทุกประเภทรวมทั้งผลการตรวจวินิจฉัยโรค การวิเคราะห์เอ็กซเรย์ การตรวจเลือด น้ำลาย หรือการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาสาเหตุแห่งโรคต่าง ๆ ของ  
ข้าพเจ้าและหรือ  ทางแพทย์ รวมทั้งรายละเอียดการรักษาพยาบาลทั้งหมดจากแพทย์ คลินิก โรงพยาบาลรัฐบาล โรง  
พยาบาลเอกชน หรือสถานอนามัยทุกแห่งที่เข้ารับการรักษา

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

หากเกิดความเสียหายใด ๆ ต่อข้าพเจ้าและ/หรือ  ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม ข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์ในการว่ากล่าวหรือ  
ฟ้องร้อง หรือเรียกร้องค่าเสียหายใด ๆ จากแพทย์ คลินิก โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานอนามัยดังกล่าว 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\*\*\*

