

หนังสือยินยอมและมอบอำนาจ

เขียนที่

วันที่

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว อายุ ปี
 ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย / ผู้ปกครองของ ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า “**ผู้เยาว์**” ตกลง

ยินยอมมอบอำนาจให้ **บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)** เป็นผู้มีอำนาจขอคัดหรือถ่ายเอกสารหรือขอคำรับรองประวัติการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ประวัติรักษาโรคทุกประเภท รวมทั้งผลการตรวจวินิจฉัยโรค การวิเคราะห์ห่ออกซเรย์ การตรวจเลือด น้ำลาย หรือ การตรวจร่างกายเพื่อค้นหาสาเหตุแห่งโรคต่างๆ ของข้าพเจ้าและ / หรือผู้เยาว์ตามทางการแพทย์รวมทั้งรายละเอียดคำรักษาพยาบาลทั้งหมดจากแพทย์ คลินิก โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานอนามัย ทุกแห่งที่ข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์เข้าทำการรักษา รวมถึงประวัติและเอกสารทางราชการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าและ / หรือผู้เยาว์จากหน่วยราชการ

ในการดำเนินการดังกล่าวข้าพเจ้ามีเจตนาต้องการและยินยอมให้แพทย์ คลินิก โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน สถานอนามัย หรือหน่วยงานราชการทุกแห่งดังกล่าว เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลและเอกสารของข้าพเจ้าและ / หรือผู้เยาว์ตามความเป็นจริงทั้งหมดโดยสิ้นเชิง ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการสมัครประกันชีวิต และหรือการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์ประกันภัยของข้าพเจ้าและ / หรือผู้เยาว์จาก **บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)**

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

การกระทำใดๆ ของผู้รับมอบอำนาจที่ได้กระทำภายในขอบเขตแห่งหนังสือยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้ให้มีผลผูกพันผู้มอบอำนาจตามกฎหมาย และให้ถือเสมือนหนึ่งเป็นการกระทำของผู้มอบอำนาจเองทุกประการ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความข้างต้นเป็นอย่างดีโดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาและความประสงค์ในการมอบอำนาจของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ/ผู้ให้คำยินยอม
 ()

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
 ()

ลงชื่อ พยาน
 ()

ลงชื่อ พยาน
 ()