

หนังสือยินยอมและมอบอำนาจ

เขียนที่

วันที่

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว
อายุ ปี ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้เอาประกันภัย / ผู้ปกครองของ
ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า “ผู้เยาว์” ตกลงยินยอมมอบอำนาจให้ บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เป็นผู้ที่มีอำนาจขอ
คัดหรือถ่ายเอกสารหรือขอคำรับรอง ประวัติการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ประวัติรักษาโรคทุกประเภท รวมทั้งผล
การตรวจวินิจฉัยโรค การวิเคราะห์เอกซเรย์ การตรวจเลือด น้ำลาย หรือการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาสาเหตุแห่งโรคต่างๆ
ของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ตามทางการแพทย์รวมทั้งรายละเอียดคำรักษาพยาบาลทั้งหมดจากแพทย์ คลินิก โรงพยาบาล
รัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานอนามัยทุกแห่งที่ข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์เข้าทำการรักษา รวมถึงประวัติและเอกสาร
ทางราชการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์จากหน่วยราชการ

ในการดำเนินการดังกล่าวข้าพเจ้ามีเจตนาต้องการและยินยอมให้แพทย์ คลินิก โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาล
เอกชน สถานอนามัย หรือหน่วยงานราชการทุกแห่งดังกล่าว เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลและเอกสารของข้าพเจ้า
และ/หรือผู้เยาว์ตามความเป็นจริงทั้งหมดโดยสิ้นเชิง ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการสมัครประกันชีวิต และหรือการเรียกร้องค่า
สินไหมทดแทนตามกรมธรรม์ประกันภัยของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์จาก บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

หากเกิดความเสียหายใดๆ ต่อข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม ข้าพเจ้าขอสละสิทธิ์ในการ ว่า
กล่าวหรือฟ้องร้องหรือเรียกร้องค่าเสียหายใดๆ จากแพทย์ คลินิก โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน สถานอนามัย
หรือหน่วยงานราชการ ดังกล่าวซึ่งเป็นผู้เปิดเผยหรือดำเนินการใดๆ ตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้โดยสิ้นเชิง

การกระทำใดๆของผู้รับมอบอำนาจที่ได้กระทำภายในขอบเขตแห่งหนังสือยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้ให้มีผล
ผูกพันผู้มอบอำนาจตามกฎหมายและให้ถือเสมือนหนึ่งเป็นการกระทำของผู้มอบอำนาจเองทุกประการ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความข้างต้นเป็นอย่างดีโดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาและความประสงค์
ในการมอบอำนาจของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ/ผู้ให้คำยินยอม
()

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
()

ลงชื่อ พยาน
()

ลงชื่อ พยาน
()

