

## หนังสือยินยอมและมอบอำนาจ

ทำที่ .....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... ผู้สมัครทำประกัน/ผู้ขอเอาประกันชีวิต ตกลงยินยอมมอบอำนาจให้ **บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)** เลขที่ 63/2 อาคาร บริษัท ทิพยประกันภัย จำกัด (มหาชน) ชั้น 1,3,4,5 และ 6 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310 เป็นผู้มียอำนาจขอคัดหรือถ่ายเอกสาร หรือขอคำรับรองประวัติการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ประวัติรักษาโรคทุกประเภท รวมทั้งผลการตรวจวินิจฉัยโรค การวิเคราะห์ผลเอกซเรย์ การตรวจเลือด น้ำลาย หรือการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาสาเหตุแห่งโรคต่าง ๆ ของข้าพเจ้าตามหลักการทางการแพทย์ และตรวจสอบเพื่อให้ทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับลูกค้าตามที่กฎหมายบังคับรวมทั้งรายละเอียดคำรักษาพยาบาลทั้งหมด จาก แพทย์ คลินิก โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานื่อนามัยทุกแห่งที่ข้าพเจ้าเข้ารับการรักษา

ในการดำเนินการดังกล่าว ข้าพเจ้ามีเจตนาต้องการและยินยอมให้แพทย์ คลินิก โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานื่อนามัยทุกแห่งดังกล่าว เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าตามความเป็นจริงทั้งหมดโดยสิ้นเชิง ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ ในการสมัครทำประกันชีวิต และหรือการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์ประกันชีวิตของข้าพเจ้าเองจากทาง **บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)**

หากเกิดความเสียหายใด ๆ ต่อข้าพเจ้าไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม ข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์ในการว่ากล่าวหรือฟ้องร้อง หรือเรียกร้องค่าเสียหายใด ๆ จากแพทย์ คลินิก โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานื่อนามัยดังกล่าว ซึ่งเป็นผู้เปิดเผยหรือดำเนินการใด ๆ ตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้โดยสิ้นเชิง

การกระทำใด ๆ ของผู้รับมอบอำนาจที่ได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้ ให้มีผลผูกพันผู้มอบอำนาจตามกฎหมาย และให้ถือเสมือนหนึ่งเป็นการกระทำของผู้มอบอำนาจเองทุกประการ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความข้างต้นเป็นอย่างดีโดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตรงตามเจตนาและความประสงค์ในการมอบอำนาจของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ/ผู้ให้คำยินยอม

( ) ผู้ขอเอาประกันภัย

ลงชื่อ.....พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต

( )

ลงชื่อ.....พยาน

( )