

ทำที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว อายุ ปี ผู้สมัครทำประกัน / ผู้เอาประกันชีวิต
อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตรอก / ซอย ถนน
ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต จังหวัด
ถือบัตรประชาชน / บัตรข้าราชการ เลขที่ วันที่ออกบัตร
บัตรหมดอายุ ออกให้โดย จังหวัด

ขอตกลงยินยอมมอบอำนาจให้ บมจ. แมนูลIFE ประกันชีวิต (ประเทศไทย) “บริษัท” หรือ ผู้ที่ได้รับมอบอำนาจช่วงจากบริษัทเป็นผู้มี
อำนาจขอคัด หรือถ่ายเอกสาร หรือขอคำรับรองประวัติการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ประวัติการรักษาโรคทุกประเภทหรือ
บันทึกอื่นใดเกี่ยวกับสุขภาพ รวมทั้งผลการตรวจวินิจฉัยโรค การวิเคราะห์ผลเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด การตรวจน้ำลาย หรือการตรวจ
ร่างกาย เพื่อค้นหาสาเหตุแห่งโรคต่างๆ ของข้าพเจ้าตามหลักทางการแพทย์ รวมทั้งรายละเอียดค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดจากแพทย์
คลินิก โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานเอนามัยทุกแห่งที่ข้าพเจ้าเข้าทำการรักษา หรือมีประวัติการรักษาอยู่

ในการดำเนินการดังกล่าว ข้าพเจ้ามีเจตนาต้องการและยินยอมให้แพทย์ คลินิก โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชนหรือ
สถานเอนามัยหรือเจ้าหน้าที่ผู้เก็บรักษาข้อมูลทุกแห่งดังกล่าวข้างต้น เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าตามความเป็นจริง
ทั้งหมดโดยสิ้นเชิง ทั้งนี้ เพื่อใช้ประกอบการรับประกันภัย และหรือเพื่อการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์ประกันชีวิตของ
ข้าพเจ้าที่มีต่อข้าพเจ้าเองจากทาง บมจ. แมนูลIFE ประกันชีวิต (ประเทศไทย) อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายหนังสือยินยอมมอบอำนาจฉบับนี้
ซึ่งผู้รับมอบอำนาจ ได้รับรองความถูกต้องของเอกสารให้ใช้ได้โดยถือเสมือนต้นฉบับจริง

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมว่าหากเกิดความเสียหายใดๆ ต่อข้าพเจ้าไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม ข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์ในการว่ากล่าว
หรือฟ้องร้อง หรือเรียกร้องค่าเสียหายใดๆ จากแพทย์ คลินิก โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานเอนามัย หรือเจ้าหน้าที่
ดังกล่าว ผู้ซึ่งเป็นผู้เปิดเผยข้อมูล หรือดำเนินการใดๆ ตามหนังสือยินยอมมอบอำนาจฉบับนี้โดยสิ้นเชิง

การกระทำใดๆ ของผู้รับมอบอำนาจที่ได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือยินยอมมอบอำนาจฉบับนี้ ให้มีผลผูกพันผู้
มอบอำนาจตามกฎหมาย และให้ถือเสมือนหนึ่งเป็นการกระทำของผู้มอบอำนาจเองทุกประการ และข้าพเจ้าตกลงยินยอมเปิดเผย
ข้อมูลที่ได้รับมาทั้งหมดแก่บริษัท หรือผู้รับมอบอำนาจด้วย

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความข้างต้นเป็นอย่างดีโดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาและความประสงค์ในการมอบ
อำนาจของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ / ผู้ให้คำยินยอม
()

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
()

ลงชื่อ พยาน / ตัวแทน / นายหน้า
()

ลงชื่อ พยาน
()