



บริษัท เอไอเอ จำกัด

เอไอเอ ทาวเวอร์ 2 เลขที่ 181 ถนนสุรวงศ์

เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500

โทรศัพท์ : (66) 2634 8888

โทรสาร : (66) 2236 6452

aia.co.th

หนังสือยินยอมและมอบอำนาจ

ทำที่ _____

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/น.ส.) _____ อายุ _____ ปี ผู้สมัครทำประกัน / ผู้เอาประกันชีวิต ตกลงยินยอมมอบอำนาจให้ บริษัท เอไอเอ จำกัด หรือผู้ที่ได้รับมอบอำนาจจากบริษัทฯ เป็นผู้ มีอำนาจขอคัดหรือถ่ายเอกสารหรือขอคำรับรองประวัติการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ประวัติรักษาโรคทุก ประเภท รวมทั้งผลการตรวจวินิจฉัยโรค การวิเคราะห์ผลเอ็กซเรย์ การตรวจเลือด น้ำลาย หรือการตรวจร่างกายเพื่อ ค้นหาสาเหตุแห่งโรคต่าง ๆ ของข้าพเจ้าตามทางการแพทย์ รวมทั้งรายละเอียดการรักษาพยาบาลทั้งหมด จากแพทย์ คลินิก โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานีนอนมัยทุกแห่งที่ข้าพเจ้าเข้าทำการรักษา

ในการดำเนินการดังกล่าว ข้าพเจ้ามีเจตนาต้องการและยินยอมให้แพทย์ คลินิก โรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาล เอกชน หรือ สถานีนอนมัยทุกแห่งดังกล่าว เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าตามความเป็นจริงทั้งหมดโดย สิ้นเชิง ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ในการสมัครทำประกันชีวิต และหรือเพื่อการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์ ประกันชีวิตของข้าพเจ้าเองจากทาง บริษัท เอไอเอ จำกัด

หากเกิดความเสียหายใด ๆ ต่อข้าพเจ้าไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม ข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิในการว่ากล่าวหรือ ฟ้องร้อง หรือเรียกร้องค่าเสียหายใด ๆ จากแพทย์ คลินิก โรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานีนอนมัย ดังกล่าว ซึ่งเป็นผู้เปิดเผยหรือดำเนินการใด ๆ ตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้โดยสิ้นเชิง

การกระทำใด ๆ ของผู้รับมอบอำนาจที่ได้กระทำไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือยินยอมและมอบอำนาจฉบับ นี้ ให้มีผลผูกพันผู้มอบอำนาจตามกฎหมาย และให้ถือเสมือนหนึ่งเป็นการกระทำของผู้มอบอำนาจเองทุกประการ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความข้างต้นเป็นอย่างดีโดยตลอดแล้วเห็นว่าถูกต้องตรงตามเจตนา และความ ประสงค์ในการมอบอำนาจของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ _____ ผู้มอบอำนาจ / ผู้ให้คำยินยอม
(_____)

ลงชื่อ _____ ผู้รับมอบอำนาจ
(_____)

ลงชื่อ _____ พยาน
(_____)

ลงชื่อ _____ พยาน
(_____)