

หนังสือมอบอำนาจเพื่อดำเนินการขอประวัติฯ แทน

ทำที่

วันที่

ข้าพเจ้า(ชื่อเจ้าของประวัติ/ผู้ปกครองของเจ้าของประวัติ กรณีผู้เยาว์).....
อายุ ปี บ้านเลขที่ (ตามบัตรประชาชน)
ถนน/ซอย.....ตำบล/แขวง.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด..... บัตรประชาชนเลขที่..... ซึ่งอยู่ในฐานะผู้เอาประกันภัย
/ผู้ขอเอาประกันภัย /ผู้ถือกรมธรรม์ (กรณีผู้เยาว์) ของบมจ.ฟิลลิปประกันชีวิต
ขอมอบอำนาจให้..... อายุ.....ปี
เลขที่บัตรประชาชน.....บ้านเลขที่ (ตามบัตรประชาชน).....

เกี่ยวข้องเป็น ผู้รับมอบอำนาจในฐานะพนักงานดำเนินการขอประวัติ ฝ่ายสินไหมฯ บมจ. ฟิลลิปประกันชีวิต เป็นผู้ที่มีอำนาจดำเนินการขอสำเนา
ประวัติการรักษา/ข้อมูลการแพทย์/บันทึกข้อมูลการรักษา ของ (ชื่อเจ้าของประวัติ).....
แทนข้าพเจ้าได้ จุดประสงค์ในการดำเนินการฯ เพื่อ ประกอบการพิจารณาจ่ายสินไหมฯ ประกอบการพิจารณารับประกันชีวิตฯ

อนึ่ง การที่ข้าพเจ้าได้ยินยอมให้ทางโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลเปิดเผยประวัติการรักษาครั้งนี้ หากเกิดความเสียหายใดๆ ไม่ว่าจะ
ทางตรง หรือทางอ้อม ข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์ในการว่ากล่าวหรือฟ้องร้อง หรือเรียกร้องค่าเสียหายใดๆ ทั้งจากผู้รับมอบอำนาจ แพทย์ คลินิก
โรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานอื่นอย่างดังกล่าว ซึ่งเป็นผู้เปิดเผยหรือดำเนินการใดๆ ตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจ ฉบับนี้
โดยสิ้นเชิง

ข้าพเจ้าทราบและเข้าใจข้อความข้างต้นเป็นอย่างดี โดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตรงตามเจตนาและความประสงค์ในการมอบ
อำนาจของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

*** อนึ่ง สำเนารูปถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฯ ฉบับนี้ ข้าพเจ้าให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ ***

ลงนาม.....ผู้มอบอำนาจ (เจ้าของประวัติฯ /ผู้ปกครองเจ้าของประวัติ)
()

ลงนาม.....(ผู้รับมอบอำนาจ)
()

ลงนาม.....พยาน
()

ลงนาม.....พยาน
()