



หนังสือมอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา

เลขที่พิจารณา/สัญญาประกันภัย.....

ชื่อ - สกุลผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย.....

เขียนที่

วันที่

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าอายุปี

อยู่บ้านเลขที่ ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชนในฐานะ

- ผู้ขอเอาประกันภัยหรือผู้เอาประกันภัย
- ผู้แทนโดยชอบธรรม หรือ ผู้ปกครองโดยชอบด้วยกฎหมายของผู้ขอเอาประกันภัย หรือ ผู้เอาประกันภัย
(กรณีผู้ขอเอาประกันภัย หรือ ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์)
- ทายาทตามกฎหมาย / ผู้พิทักษ์ / ผู้อนุบาลของผู้เอาประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือโรงพยาบาล หรือ สถานพยาบาลใดๆ ที่ได้ทำการตรวจรักษา หรือ เคยทำการตรวจสุขภาพของข้าพเจ้า หรือของเปิดเผยประวัติการตรวจรักษาหรือรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับการตรวจรักษาและผลการตรวจสุขภาพ ให้แก่ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือ ผู้ทำการแทนของบริษัทเป็นผู้รับมอบอำนาจตามกฎหมายเพื่อดำเนินการติดต่อขอรับประวัติการรักษาดังกล่าวข้างต้นจากแพทย์ หรือโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใด ๆ ที่ได้ทำการตรวจรักษาหรือเคยทำการตรวจสุขภาพเสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทุกประการ อนึ่ง สำเนารูปถ่ายหรือสำเนาเอกสารของหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม

()

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

()

ลงชื่อ.....พยาน

()

ลงชื่อ.....พยาน

()

คำแนะนำการกรอกเอกสาร

ผู้มอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา ต้องกรอกรายละเอียดของตนเองพร้อมลงนามในเอกสารให้ครบถ้วน
ผู้มอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา ประกอบด้วย

- การมอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา ในฐานะผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย
 - กรณีผู้เอาประกันภัยที่บรรลุนิติภาวะแล้ว : มอบอำนาจและยินยอมฯ ด้วยตนเอง
 - กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ : ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม หรือผู้ปกครองโดยชอบด้วยกฎหมายของผู้เอาประกันภัย เช่น บิดา, มารดา หรือผู้ที่รับอุปการะผู้เอาประกันภัยตามกฎหมายเป็นผู้มอบอำนาจและยินยอมฯ แทน
- การมอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา ในฐานะทายาทของผู้เอาประกันภัย
 - กรณีที่สัญญาประกันภัยไม่ระบุผู้รับประโยชน์ ให้ทายาทของผู้เอาประกันภัย เป็นผู้มอบอำนาจและยินยอมฯ แทน