



**หนังสือยินยอม**

เลขที่พิจารณา/สัญญาประกันภัย.....

เขียนที่.....

วันที่.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

อยู่บ้านเลขที่ ..... ตำบล/แขวง .....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด .....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

ซึ่งเป็นผู้อุเอาประกันภัย/ผู้อุเอาประกันภัยของ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ยินยอมให้แพทย์หรือโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใดๆ ที่ได้ตรวจรักษา หรือเคยทำการตรวจสุขภาพของข้าพเจ้าเปิดเผยประวัติการตรวจรักษา หรือรายละเอียดต่าง ๆ เกี่ยวกับการตรวจรักษาและผลการตรวจสุขภาพให้แก่ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) และข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้ทำการแทนของบริษัทเป็นผู้รับมอบอำนาจตามกฎหมาย เพื่อดำเนินการติดต่อขอรับประวัติการรักษา ดังกล่าวข้างต้นจากแพทย์หรือโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใด ๆ ที่ได้ทำการตรวจรักษาหรือเคยทำการตรวจสุขภาพของข้าพเจ้า เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทุกประการ อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายหรือสำเนาเอกสารของหนังสือฉบับนี้ ให้อำนาจผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับทุกประการ

เพื่อเป็นหลักฐานสำคัญ ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ .....ผู้ให้ความยินยอม

( )

ลงชื่อ .....พยาน

( )

ลงชื่อ .....พยาน

( )

หมายเหตุ เอกสารฉบับนี้ให้ใช้กับ : - ผู้อุเอาประกันภัย / ผู้อุเอาประกันภัย