

## หนังสือยินยอมและมอบอำนาจ

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี เจ้าของข้อมูล/ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย/ผู้แทนโดยชอบธรรมของ.....(ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า "ผู้เยาว์") ตกลงยินยอมมอบอำนาจให้บริษัท ชับบ์ ไลฟ์ แอสซิวรันซ์ จำกัด (มหาชน) เป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือถ่ายเอกสาร หรือขอแผ่นบันทึกข้อมูล ไฟล์ดิจิทัลต่างๆ หรือขอคำรับรอง เกี่ยวกับประวัติสุขภาพ ประวัติการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ความคิดเห็นทางการแพทย์ ประวัติการรักษาโรคทุกประเภท รวมทั้งผลการตรวจวินิจฉัยโรคทุกชนิด เช่น ผลเอกซเรย์ ผลการตรวจเลือด น้ำลาย การส่องกล้องเป็นต้น หรือการตรวจร่างกาย เพื่อค้นหาสาเหตุแห่งโรคต่างๆของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ รวมทั้งรายละเอียดคำรักษาพยาบาลทั้งหมดจากผู้ควบคุมข้อมูล แพทย์ คลินิก สถานพยาบาล โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานื่อนามัยทุกแห่งที่ข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์เข้ารับการรักษา ในการดำเนินการดังกล่าว ข้าพเจ้ามีเจตนาต้องการและยินยอมให้ผู้ควบคุมข้อมูล แพทย์ คลินิก สถานพยาบาล โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานื่อนามัยทุกแห่งดังกล่าว เปิดเผยแพร่ประวัติสุขภาพ ประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ตามความเป็นจริงทั้งหมดโดยสิ้นเชิง ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ในการสมัครประกันชีวิต และ/หรือการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์ประกันภัยของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์จากทางบริษัท ชับบ์ ไลฟ์ แอสซิวรันซ์ จำกัด (มหาชน)

หากเกิดความเสียหายใดๆ ต่อข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม ข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์ในการว่ากล่าว หรือฟ้องร้อง หรือเรียกร้องค่าเสียหายใดๆ จากผู้ควบคุมข้อมูล แพทย์ คลินิก สถานพยาบาล โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานื่อนามัยดังกล่าว ซึ่งเป็น ผู้เปิดเผยหรือดำเนินการใดๆ ตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้โดยสิ้นเชิง และการกระทำใดๆ ของผู้รับมอบอำนาจที่ได้กระทำภายในขอบเขตของหนังสือยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้ ให้มีผลผูกพันผู้มอบอำนาจตามกฎหมาย และให้ถือเสมือนหนึ่งเป็นการกระทำของผู้มอบอำนาจเองทุกประการ อนึ่ง สำเนารูปถ่ายของหนังสือยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้ ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความข้างต้นเป็นอย่างดีโดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตรงตามเจตนาและความประสงค์ในการมอบอำนาจของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ/ผู้ให้ความยินยอม  
( )ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ  
( )ลงชื่อ.....พยาน/ตัวแทน/นายหน้า  
( )ลงชื่อ.....พยาน  
( )

## หนังสือยินยอมและมอบอำนาจ

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี เจ้าของข้อมูล/ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย/ผู้แทนโดยชอบธรรมของ.....(ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า "ผู้เยาว์") ตกลงยินยอมมอบอำนาจให้บริษัท ชับบ์ ไลฟ์ แอสซิวรันซ์ จำกัด (มหาชน) เป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือถ่ายเอกสาร หรือขอแผ่นบันทึกข้อมูล ไฟล์ดิจิทัลต่างๆ หรือขอคำรับรอง เกี่ยวกับประวัติสุขภาพ ประวัติการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ความคิดเห็นทางการแพทย์ ประวัติการรักษาโรคทุกประเภท รวมทั้งผลการตรวจวินิจฉัยโรคทุกชนิด เช่น ผลเอกซเรย์ ผลการตรวจเลือด น้ำลาย การส่องกล้องเป็นต้น หรือการตรวจร่างกาย เพื่อค้นหาสาเหตุแห่งโรคต่างๆของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ รวมทั้งรายละเอียดคำรักษาพยาบาลทั้งหมดจากผู้ควบคุมข้อมูล แพทย์ คลินิก สถานพยาบาล โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานื่อนามัยทุกแห่งที่ข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์เข้ารับการรักษา ในการดำเนินการดังกล่าว ข้าพเจ้ามีเจตนาต้องการและยินยอมให้ผู้ควบคุมข้อมูล แพทย์ คลินิก สถานพยาบาล โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานื่อนามัยทุกแห่งดังกล่าว เปิดเผยแพร่ประวัติสุขภาพ ประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ตามความเป็นจริงทั้งหมดโดยสิ้นเชิง ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ในการสมัครประกันชีวิต และ/หรือการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์ประกันภัยของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์จากทางบริษัท ชับบ์ ไลฟ์ แอสซิวรันซ์ จำกัด (มหาชน)

หากเกิดความเสียหายใดๆ ต่อข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม ข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์ในการว่ากล่าว หรือฟ้องร้อง หรือเรียกร้องค่าเสียหายใดๆ จากผู้ควบคุมข้อมูล แพทย์ คลินิก สถานพยาบาล โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานื่อนามัยดังกล่าว ซึ่งเป็น ผู้เปิดเผยหรือดำเนินการใดๆ ตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้โดยสิ้นเชิง และการกระทำใดๆ ของผู้รับมอบอำนาจที่ได้กระทำภายในขอบเขตของหนังสือยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้ ให้มีผลผูกพันผู้มอบอำนาจตามกฎหมาย และให้ถือเสมือนหนึ่งเป็นการกระทำของผู้มอบอำนาจเองทุกประการ อนึ่ง สำเนารูปถ่ายของหนังสือยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้ ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความข้างต้นเป็นอย่างดีโดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตรงตามเจตนาและความประสงค์ในการมอบอำนาจของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ/ผู้ให้ความยินยอม  
( )ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ  
( )ลงชื่อ.....พยาน/ตัวแทน/นายหน้า  
( )ลงชื่อ.....พยาน  
( )