CHUBB® Chubb Life

บริษัท ซับบ์ ไลฟ์ แอสชัวรันซ์ จำกัด (มหาชน)
ทะเบียนเลขที่ 0107555000431 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0107555000431
130-132 อาคารสินธร ทาวเวอร์ 1 ชั้น 11-12 ถนนวิทยุ แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทร. 1283 โทรสาร 0-2675-3818 http://life.chubb.com/th

หนังสือยินยอมและมอบอำนาจ

ทำที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี เจ้าของข้อมูล/ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย/ผู้แทนโดยชอบธรรมของ.....(ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า "ผู้เยาว์") ตกลงยินยอมมอบอำนาจให้บริษัท ซับบ์ ไลฟ์ แอสชัวรันซ์ จำกัด (มหาชน) เป็นผู้มีอำนาจขอคัดลอกหรือถ่ายเอกสาร หรือขอแผ่นบันทึกข้อมูล ไฟล์ดิจิตอลต่างๆ หรือขอคำรับรอง เกี่ยวกับประวัติสุขภาพ ประวัติการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในความคิดเห็นทางการแพทย์ ประวัติการรักษาโรคทุกประเภท รวมทั้งผลการตรวจวินิจฉัยโรคทุกชนิด เช่น ผลเอ็กซเรย์ ผลการตรวจเลือด น้ำลาย การส่องกล้องเป็นต้น หรือการตรวจร่างกาย เพื่อค้นหาสาเหตุแห่งโรคต่างๆของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ รวมทั้งรายละเอียดค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดจากผู้ควบคุมข้อมูล แพทย์ คลินิก สถานพยาบาล โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานีอนามัยทุกแห่งที่ข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์เข้ารับการรักษา ในการดำเนินการดังกล่าว ข้าพเจ้ามีเจตนาต้องการและยินยอมให้ผู้ควบคุมข้อมูล แพทย์ คลินิก สถานพยาบาล โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานีอนามัยทุกแห่งดังกล่าว เปิดเผยประวัติสุขภาพประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ตามความเป็นจริงทั้งหมดโดยสิ้นเชิง ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ในการสมัครประกันชีวิต และ/หรือการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์ประกันภัยของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์จากทางบริษัท ซับบ์ ไลฟ์ แอสชัวรันซ์ จำกัด (มหาชน)

หากเกิดความเสียหายใดๆ ต่อข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม ข้าพเจ้าขอสละสิทธิในการว่ากล่าว หรือฟ้องร้อง หรือเรียกร้องค่าเสียหายใดๆ จากผู้ควบคุมข้อมูล แพทย์ คลินิก สถานพยาบาล โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานีอนามัยดังกล่าว 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.....(ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า "ผู้เยาว์") ตกลงยินยอมมอบอำนาจให้บริษัท ซับบ์ ไลฟ์ แอสชัวรันซ์ จำกัด (มหาชน) เป็นผู้มีอำนาจขอคัดลอกหรือถ่ายเอกสาร หรือขอแผ่นบันทึกข้อมูล ไฟล์ดิจิตอลต่างๆ หรือขอคำรับรอง เกี่ยวกับประวัติสุขภาพ ประวัติการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในความคิดเห็นทางการแพทย์ ประวัติการรักษาโรคทุกประเภท รวมทั้งผลการตรวจวินิจฉัยโรคทุกชนิด เช่น ผลเอ็กซเรย์ ผลการตรวจเลือด น้ำลาย การส่องกล้องเป็นต้น หรือการตรวจร่างกาย เพื่อค้นหาสาเหตุแห่งโรคต่างๆของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ รวมทั้งรายละเอียดค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดจากผู้ควบคุมข้อมูล แพทย์ คลินิก สถานพยาบาล โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานีอนามัยทุกแห่งที่ข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์เข้ารับการรักษา ในการดำเนินการดังกล่าว ข้าพเจ้ามีเจตนาต้องการและยินยอมให้ผู้ควบคุมข้อมูล แพทย์ คลินิก สถานพยาบาล โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานีอนามัยทุกแห่งดังกล่าว เปิดเผยประวัติสุขภาพประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ตามความเป็นจริงทั้งหมดโดยสิ้นเชิง ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ในการสมัครประกันชีวิต และ/หรือการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์ประกันภัยของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์จากทางบริษัท ซับบ์ ไลฟ์ แอสชัวรันซ์ จำกัด (มหาชน)

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

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความข้างต้นเป็นอย่างดีโดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตรงตามเจตนาและความประสงค์ในการมอบอำนาจของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ/ผู้ให้ความยินยอม ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
( ) ( )

ลงชื่อ.....พยาน/ตัวแทน/นายหน้า ลงชื่อ.....พยาน
( ) ( )