

หนังสือยินยอมและมอบอำนาจ

ทำที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี เจ้าของข้อมูล/ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย/ผู้แทน โดยชอบธรรมของ.....(ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า "ผู้เยาว์") ตกลงยินยอมมอบอำนาจให้บริษัท ชับบ์ไลฟ์ แอสซิวรันซ์ จำกัด (มหาชน) เป็นผู้มีอำนาจ ขอคัดลอกหรือถ่ายเอกสาร 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 ข้าพเจ้ามีเจตนา ต้องการและยินยอมให้ผู้ควบคุมข้อมูล แพทย์ คลินิก สถานพยาบาล โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานื่อนามัยทุกแห่งดังกล่าว เปิดเผยประวัติสุขภาพ ประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ตามความเป็นจริงทั้งหมดโดยสิ้นเชิง ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ในการสมัครประกันชีวิต และ/หรือการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ตามกรมธรรม์ประกันภัยของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์จากทางบริษัท ชับบ์ไลฟ์ แอสซิวรันซ์ จำกัด (มหาชน)

หากเกิดความเสียหายใดๆ ต่อข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม ข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิในการว่ากล่าว หรือฟ้องร้อง หรือเรียกร้องค่าเสียหายใดๆ จากผู้ควบคุมข้อมูล แพทย์ คลินิก สถานพยาบาล โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานื่อนามัยดังกล่าว ซึ่งเป็น ผู้เปิดเผยหรือดำเนินการใดๆ ตามหนังสือ ยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้โดยสิ้นเชิง และการกระทำใดๆ ของผู้รับมอบอำนาจที่ได้กระทำภายในขอบเขตของหนังสือยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้ ให้มีผลผูกพัน ผู้มอบอำนาจตามกฎหมาย และให้ถือเสมือนหนึ่งเป็นการกระทำของผู้มอบอำนาจเองทุกประการ อนึ่ง สำเนารูปถ่ายของหนังสือยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้ ให้ถือว่า มีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

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/ผู้แทน โดยชอบธรรมของ.....(ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่า "ผู้เยาว์") ตกลงยินยอมมอบอำนาจให้บริษัท ชับบ์ไลฟ์ แอสซิวรันซ์ จำกัด (มหาชน) เป็นผู้มีอำนาจ ขอคัดลอกหรือถ่ายเอกสาร 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 ข้าพเจ้ามีเจตนา ต้องการและยินยอมให้ผู้ควบคุมข้อมูล แพทย์ คลินิก สถานพยาบาล โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานื่อนามัยทุกแห่งดังกล่าว เปิดเผยประวัติสุขภาพ ประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ตามความเป็นจริงทั้งหมดโดยสิ้นเชิง ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ในการสมัครประกันชีวิต และ/หรือการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ตามกรมธรรม์ประกันภัยของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์จากทางบริษัท ชับบ์ไลฟ์ แอสซิวรันซ์ จำกัด (มหาชน)

หากเกิดความเสียหายใดๆ ต่อข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม ข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิในการว่ากล่าว หรือฟ้องร้อง หรือเรียกร้องค่าเสียหายใดๆ จากผู้ควบคุมข้อมูล แพทย์ คลินิก สถานพยาบาล โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานื่อนามัยดังกล่าว ซึ่งเป็น ผู้เปิดเผยหรือดำเนินการใดๆ ตามหนังสือ ยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้โดยสิ้นเชิง และการกระทำใดๆ ของผู้รับมอบอำนาจที่ได้กระทำภายในขอบเขตของหนังสือยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้ ให้มีผลผูกพัน ผู้มอบอำนาจตามกฎหมาย และให้ถือเสมือนหนึ่งเป็นการกระทำของผู้มอบอำนาจเองทุกประการ อนึ่ง สำเนารูปถ่ายของหนังสือยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้ ให้ถือว่า มีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความข้างต้นเป็นอย่างดีโดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตรงตามเจตนาและความประสงค์ในการมอบอำนาจของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

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