

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว.....อายุ.....ปี ในฐานะที่เป็น
ทายาทโดยธรรม/ผู้รับประโยชน์/ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัยของ.....
ผู้เอาประกันภัยซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า “ผู้เสียชีวิต” ตกลงยินยอมมอบอำนาจให้ **บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)** เป็นผู้ที่มีอำนาจในการขอคัด
หรือถ่ายเอกสาร หรือขอคำรับรองประวัติการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ประวัติรักษาโรคทุกประเภท รวมทั้งผลการตรวจวินิจฉัยโรค การวิเคราะห์เอกซเรย์
การตรวจเลือด น้ำลาย หรือการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาสาเหตุแห่งโรคต่างๆ รวมถึงเอกสารอื่นใดที่เกี่ยวข้องของผู้เสียชีวิตตามทางการแพทย์รวมทั้ง
รายละเอียดคำรักษาพยาบาลทั้งหมดจากแพทย์ คลินิก โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานอนามัย ทุกแห่งที่ผู้เสียชีวิตเข้าทำการรักษา รวมถึงประวัติ
และเอกสารทางราชการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้เสียชีวิตจากบุคคล นิติบุคคล หรือหน่วยงานราชการต่างๆ และดำเนินการอื่นใดที่เกี่ยวข้องได้จนเสร็จการ

ในการดำเนินการดังกล่าวข้าพเจ้ามีความประสงค์และยินยอมให้แพทย์ และ/หรือนุคลากรของคลินิก โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน สถานอนามัย
บุคคล นิติบุคคล หรือหน่วยงานราชการต่างๆ ดังกล่าว เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลและเอกสารของผู้เสียชีวิต ตามความเป็นจริงทั้งหมดโดยสิ้นเชิง
ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์ประกันภัยของผู้เสียชีวิตจากทาง**บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)**
หากเกิดความเสียหายใดๆ ต่อข้าพเจ้า และ/หรือผู้เสียชีวิตไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม ข้าพเจ้าขอสงวนสิทธิ์ในการว่ากล่าว หรือฟ้องร้อง หรือเรียกร้องค่าเสียหายใดๆ
จากแพทย์ และ/หรือนุคลากรของคลินิก โรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน สถานอนามัย บุคคล นิติบุคคล หรือหน่วยงานราชการต่างๆ ดังกล่าวซึ่ง
เป็นผู้เปิดเผยหรือดำเนินการใดๆ ตามหนังสือยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้โดยสิ้นเชิง การกระทำใดๆ ของผู้รับมอบอำนาจที่ได้กระทำภายในขอบเขตแห่ง
หนังสือยินยอมและมอบอำนาจฉบับนี้ให้มีผลผูกพันผู้มอบอำนาจตามกฎหมายและให้ถือเสมือนหนึ่งเป็นการกระทำของผู้มอบอำนาจเองทุกประการ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความข้างต้นเป็นอย่างดีโดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาและความประสงค์ในการมอบอำนาจของข้าพเจ้าทุกประการ
จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

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

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

บริษัท เอฟดับบลิวดี ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

เลขที่ 6 อาคารไอเนสตาวเวอร์ ชั้น 4, 22-23 ซอยสุขุมวิท 6

แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร 10110

ศูนย์บริการลูกค้าเอฟดับบลิวดี โทร. 1351 เลขทะเบียนบริษัท 0107563000304

fwd.co.th