



หนังสือมอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา
Power of Attorney and Consent for Medical History Disclosure

เลขที่พิจารณา/สัญญาประกันภัย.....

Consideration No./ Insurance Contract No.

ชื่อ - สกุลผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย.....

Name - Surname of insurance applicant / insured

เขียนที่ (Written at).....

วันที่ (Date).....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (In this letter, I).....อายุ (age).....ปี (years)

อยู่บ้านเลขที่ (residing at house No.)..... ตำบล/แขวง (Tambol/Sub District).....

อำเภอ/เขต (Amphur/District)..... จังหวัด (Province).....

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง (ID Card/Passport No.).....ในฐานะ (acting as)

ผู้ขอเอาประกันภัยหรือผู้เอาประกันภัย

Insurance applicant or insured

ผู้แทนโดยชอบธรรม หรือ ผู้ปกครองโดยชอบด้วยกฎหมายของผู้ขอเอาประกันภัย หรือ ผู้เอาประกันภัย

(กรณีผู้ขอเอาประกันภัย หรือ ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์)

Legal representative or legal guardian of insurance applicant or insured

(In case an insurance applicant or an insured is a minor)

ทายาทตามกฎหมาย / ผู้พิทักษ์ / ผู้อนุบาลของผู้เอาประกันภัย

(Legal heir/ Guardian/ Curator of an insured)

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือโรงพยาบาล หรือ สถานพยาบาลใดๆ ที่ได้ทำการตรวจรักษา หรือ เคยทำการตรวจสุขภาพของข้าพเจ้า หรือของ

.....เปิดเผยประวัติการตรวจรักษาหรือรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับการตรวจรักษาและผลการตรวจสุขภาพ

ให้แก่ บริษัท เมืองไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้ทำการแทนของบริษัทเป็นผู้รับมอบอำนาจตามกฎหมายเพื่อดำเนินการติดต่อขอรับประวัติการ

รักษาดังกล่าวข้างต้นจากแพทย์หรือโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใดๆ ที่ได้ทำการตรวจรักษาหรือเคยทำการตรวจสุขภาพ เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำ

การด้วยตนเอง ทุกประการ อนึ่ง สำเนารูปถ่ายหรือสำเนาเอกสารของหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับทุกประการ

I hereby give consent to the attending physician(s) or hospital(s) or any medical center(s) that has or had provided me or.....

.....with medical treatment or medical check up to disclose the medical treatment history or other

details pertaining to the treatment and health check result to Muang Thai Life Assurance Public Company Limited or legal

representative of the Company to proceed and contact to receive the afore-mentioned medical history from the attending

physician(s) or hospital(s) or any medical center(s) that has or had provided medical treatment as if they were my own actions in all

respects. A photocopy or copy of this authorization is regarded as equally effective and complete as the original.

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจและยินยอม

(Sign) () (Grantor of Power of Attorney and Consent)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(Sign) () (Grantee)

ลงชื่อ.....พยาน

(Sign) () (Witness)

ลงชื่อ.....พยาน

(Sign) () (Witness)

คำแนะนำการกรอกเอกสาร

ผู้มอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา ต้องกรอกรายละเอียดของตนเองพร้อมลงนามในเอกสารให้ครบถ้วน
ผู้มอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา ประกอบด้วย

- การมอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา **ในฐานะผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย**
 - กรณีผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัยที่บรรลุนิติภาวะแล้ว : มอบอำนาจและยินยอมมา ด้วยตนเอง
 - กรณีผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ : ให้ผู้แทนโดยชอบธรรม หรือผู้ปกครองโดยชอบด้วยกฎหมายของผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย เช่น บิดา, มารดา หรือผู้รับอุปการะผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัยตามกฎหมาย เป็น ผู้มอบอำนาจและยินยอมมา แทน
- การมอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา **ในฐานะทายาทของผู้เอาประกันภัย**
 - ขอให้ทายาทตามกฎหมายของผู้เอาประกันภัย ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส บุตร (ที่บรรลุนิติภาวะแล้ว) เป็นผู้มอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา

Suggestions in Filling the Form

The grantor giving authorization and consent to disclose medical treatment history has to fill in personal information and sign all documents. The grantor giving authorization and consent to disclose medical treatment history comprises:

- Giving authorization and consent to disclose medical treatment history as an insurance applicant/insured
 - In case an insurance applicant/insured is not a minor : Give authorization and consent personally
 - In case an insurance applicant/insured is a minor : Legal representative or legal guardian of the insurance applicant/insured such as father, mother or legal adopter is to give authorization and consent on the minor's behalf.
- Giving authorization and consent to disclose medical treatment history as an heir of the insured
 - Legal heirs of the insured, i.e. father, mother, spouse, children (sui juris), shall give authorization and consent to disclose medical treatment history.