



UW08149

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่

## หนังสือมอบอำนาจ

วันที่  เดือน  พ.ศ. 

หนังสือฉบับนี้ทำขึ้นเพื่อแสดงว่า ข้าพเจ้า   
บัตรประจำตัวประชาชนเลขที่  อายุ  ปี อยู่บ้านเลขที่  หมู่ที่   
ถนน  แขวง/ตำบล   
เขต/อำเภอ  จังหวัด  ผู้ขอเอาประกันชีวิตของ  
บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ขอมอบอำนาจให้ บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัท ฯ  
ดำเนินการขอประวัติการตรวจรักษาหรือบันทึกอื่นใดเกี่ยวกับสุขภาพของข้าพเจ้าจากโรงพยาบาล/คลินิก/องค์การ หรือ บุคคลหนึ่งบุคคลใด เพื่อใช้  
ประกอบการรับประกันภัย และ/หรือจ่ายเงินตามเงื่อนไขของกรมธรรม์ได้อันึ่ง สำเนาภาพถ่ายหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้ให้ใช้ได้โดยถือเสมือนต้นฉบับจริง

เพื่อเป็นหลักฐาน จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

ลายมือชื่อ  ผู้มอบอำนาจ  
(  )

ลายมือชื่อ  ผู้แทนโดยชอบธรรม  
(  )

ลายมือชื่อ  พยาน  
(  )

ลายมือชื่อ  พยาน  
(  )

บริษัท กรุงไทย-แอกซ่า ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

Krunghai-AXA Life Insurance Public Company Limited

เลขที่ 9 อาคาร จี ทาวเวอร์ แกรนด์ รามา 9 ชั้น 1, 20-27 ถนนพระราม 9 แขวงห้วยขวาง เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร 10310

9, G Tower Grand Rama 9, Floor 1, 20-27 Rama 9 Road, Huai Khwang, Huai Khwang, Bangkok 10310

โทร. 0 2044 4000 โทรสาร 0 2044 4032 ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์/Customer Center โทร./Tel. 1159 เลขทะเบียนบริษัท ฯ 0107555000376 www.krunghai-axa.co.th