

**หนังสือยินยอมและมอบอำนาจ  
การขอรายงานแพทย์**

ข้าพเจ้า ..... อายุ ..... ปี ที่อยู่ .....

ด้วย ..... ได้รับการตรวจและรักษาที่สถานพยาบาลแห่งนี้ และผู้ป่วย  
ได้เอาประกันชีวิตไว้กับบริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ซึ่งบริษัทฯ มีความจำเป็นต้องขอทราบรายละเอียด  
และประวัติการเจ็บป่วยจากแพทย์ผู้รักษา โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าซึ่งมีความเกี่ยวข้องเป็น .....  
ตามเอกสารหลักฐานดังแนบ ขอให้ความยินยอมให้ ณ ที่นี้ แก่โรงพยาบาล , แพทย์ , คลินิก , สถาบัน หรือบุคคลหนึ่ง  
บุคคลใด ให้แจ้งรายละเอียดต่างๆ หรือถ่ายสำเนาประวัติการตรวจรักษาทั้งหมดของ .....  
แก่ บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯ เป็นผู้มีอำนาจดำเนินการขอทราบรายละเอียด  
ตามที่บริษัทฯ ต้องการแทนข้าพเจ้า เพื่อใช้ในการพิจารณาค่าสินไหมทดแทนได้ด้วยความถูกต้องและเป็นธรรม

อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายใบยินยอมการขอรายงานแพทย์ฉบับนี้ ให้ถือว่ามีผลบังคับได้และสมบูรณ์เท่ากับต้นฉบับ

ขอแสดงความนับถือ

( ..... )  
ผู้รับประโยชน์ / ทายาทผู้เอาประกัน

ลงชื่อ

พยาน / ตัวแทน ลงชื่อ

พยาน / ตัวแทน

( ..... ) ( ..... ) ( ..... )

กรุณา แนบสำเนาบัตรประชาชนผู้รับประโยชน์ / ทายาทผู้เอาประกัน พร้อมทั้งรับรองสำเนาถูกต้อง