

หนังสือแสดงความยินยอม และมอบอำนาจ ในการขอประวัติการเจ็บป่วย และการรักษา

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี
ที่อยู่.....

.....หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....

- ชื่อสถานพยาบาล (ประกันสังคม).....
พบแพทย์จากสาเหตุ หรือรับการตรวจ / รักษาโรค.....
- ชื่อสถานพยาบาลอื่น ๆ นอกเหนือจาก (ประกันสังคม).....
พบแพทย์จากสาเหตุ หรือรับการตรวจ / รักษาโรค.....
- กรณีเป็นการตรวจสุขภาพประจำปี ขอทราบตรวจเมื่อไหร่.....ผลการตรวจ.....

โปรดกรอก
รายละเอียด
ให้ครบถ้วน

****กรณีที่ข้าพเจ้ามีประวัติการตรวจ / รักษาสถานพยาบาล (โปรดระบุ)****

- ข้าพเจ้าต้องการให้บริษัทฯ ดำเนินการขอประวัติการตรวจ / รักษาแทนข้าพเจ้า
- ขณะนี้ข้าพเจ้ากำลังดำเนินการขอประวัติการรักษาจากสถานพยาบาลเพื่อประกอบการพิจารณา

ขอให้ความยินยอม และมอบอำนาจ ไว้ ณ ที่นี้แก่โรงพยาบาล คลินิก สถานรักษา สถานบัน แพทย์ หรือบุคคลใดบุคคลหนึ่งให้แจ้งรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย การตรวจ การรักษาพยาบาลทั้งหมด ของข้าพเจ้าให้แก่ บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ได้ เพื่อใช้ในการพิจารณารับประกัน พิจารณาสินไหมทดแทน ด้วยความถูกต้องเป็นธรรม

สำเนาใบยินยอมของหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลเสมือนต้นฉบับ

ขอแสดงความนับถือ

×

(ผู้ขอเอาประกันภัย / ผู้มอบอำนาจ)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....(พยาน)
(.....)

หมายเหตุ : โปรดกรอกรายละเอียดให้ครบทุกบรรทัด

****กรุณา ลงนามในเอกสารนี้ พร้อมแนบบัตรประชาชน และนำไปติดต่อยังสถานพยาบาล เพื่อขอประวัติการรักษาของท่านเพื่อใช้ประกอบการพิจารณา****

