หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา

TOKIO MARINE
INSURANCE GROUP

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....
ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย/ผู้ปกครองของ.....
ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่าผู้เยาว์ตกลงยินยอมมอบอำนาจให้.....
เป็นผู้มีอำนาจขอคัดหรือถ่ายเอกสารหรือขอคำรับรองประวัติการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ประวัติการรักษาโรคทุกประเภท รวมทั้งผลการตรวจวินิจฉัยโรค การวิเคราะห์เอ็กซเรย์ การตรวจเลือด น้ำลาย หรือการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาสาเหตุแห่งโรคต่าง ๆของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ตามทางการแพทย์รวมทั้งรายละเอียดค่ารักษาพยาบาล ทั้งหมดจากแพทย์ คลินิค โรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานีอนามัยทุกแห่งที่ข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์เข้ารับการรักษา รวมถึงประวัติและเอกสารทางราชการใด ๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า และหรือผู้เยาว์จากหน่วยราชการ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการสมัครประกันชีวิตและ/หรือการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์ประกันภัยของข้าพเจ้าและ / หรือผู้เยาว์จากทางบริษัท

เพื่อเป็นหลักฐานจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

อนึ่ง สำเนาฉบับนี้ ให้มีผลเช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ..... ← ผู้ให้ความยินยอม

( )

ลงชื่อ.....พยาน

( )

ลงชื่อ.....พยาน

( )

หมายเหตุ ถ้าผู้ให้ความยินยอมเขียนหนังสือไม่ได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือหัวแม่มือไว้เป็นหลักฐานในช่องลงชื่อ (ระบุด้วยว่าเป็นลายนิ้วมือไหน ข้างใด) พร้อมทั้งให้พยานลงชื่ออย่างน้อย 2 คน

บริษัท โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)
1 อาคารเอ็มไพร์ทาวเวอร์ ชั้น 26 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
โทร. 02 650 1400 เลขทะเบียนบริษัท 0107540000103 tokiomarine.com