หนังสือแสดงความยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา

เขียนที่ _____
วันที่ _____

หนังสือฉบับนี้ทำขึ้นเพื่อแสดงว่าข้าพเจ้า _____ อายุ _____ ปี
บ้านเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____
ตำบล/แขวง _____ อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____
โทรศัพท์มือถือ _____ อีเมล _____
เลขประจำตัวประชาชน _____ หรือเลขที่หนังสือเดินทาง _____

กรุณาเลือกกรณีใดกรณีหนึ่ง

ในฐานะ ☐ ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย ☐ ผู้ชำระเบี้ยประกัน หรือ
☐ ผู้แทนโดยชอบธรรม/ทายาท ☐ ผู้อนุบาล /ผู้พิทักษ์ ☐ ผู้จัดการมรดก ☐ ผู้รับประโยชน์
ของ _____
บัตรผู้ป่วยเลขที่ _____ โรงพยาบาล/คลินิก _____
บัตรผู้ป่วยเลขที่ _____ โรงพยาบาล/คลินิก _____
บัตรผู้ป่วยเลขที่ _____ โรงพยาบาล/คลินิก _____

ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล / คลินิก / สถาบัน / บุคคลอื่นใดที่มีบันทึกประวัติสุขภาพ การป่วย การบาดเจ็บ ผลการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสีวิทยาและภาพการแพทย์ หรือการตรวจทางการแพทย์อื่น ๆ ของ _____ เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่ ***บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)*** หรือผู้รับมอบอำนาจของบริษัท ขอคัด หรือถ่ายเอกสารหรือขอคำรับรองประวัติการรักษา พยาบาลเพื่อการขอเอาประกันภัยหรือพิจารณาชดใช้เงินตามสัญญาประกันชีวิต หรือ เงินผลประโยชน์อันจะพึงจ่ายตามกรมธรรม์และยินยอมให้บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพต่อ บริษัทประกันภัยหรือบริษัทประกันวินาศภัย หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย โดยให้หนังสือฉบับนี้ มีผลใช้บังคับจนกว่าจะชดใช้เงินตามสัญญาประกันภัยฉบับที่ให้ความยินยอมนี้แล้วเสร็จ

เพื่อเป็นหลักฐานจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน อนึ่ง **สำเนาภาพถ่ายของหนังสือฉบับนี้ ให้มีผลบังคับใช้ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ**

ลงชื่อ _____ ผู้ให้ความยินยอม
( )
ลงชื่อ _____ พยาน
( )
ลงชื่อ _____ พยาน
( )

<u>หมายเหตุ</u> : ถ้าผู้ให้ความยินยอมไม่สามารถลงนามได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือหัวแม่มือไว้เป็นหลักฐานในช่องลงชื่อ (ระบุด้วยว่า เป็นลายพิมพ์นิ้วหัวแม่มือข้างใด) พร้อมทั้งให้พยานลงชื่ออย่างน้อย 2 คน

หนังสือฉบับนี้เป็นสิทธิ์ของแผนกพิจารณารับประกันภัยและสินไหม ***บริษัท แรบบิท ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)*** ใช้ได้เฉพาะผู้ที่ได้รับมอบอำนาจจากทางบริษัท ห้ามมิให้ผู้หนึ่งผู้ใดใช้ หรือลอกเลียนแบบ

AUTH-UWC_18052022