



วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง การให้ความยินยอมในการเปิดเผยประวัติคนไข้

เรียน ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เกี่ยวข้องเป็น.....และเป็นผู้รับ
ประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันชีวิตของ.....กรมธรรม์เลขที่.....ขอให้
ความยินยอมต่อสถานพยาบาลและแพทย์ที่เกี่ยวข้องซึ่งเคยให้การตรวจรักษา เพื่อเปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลทั้งหมดของ
คนไข้รายนี้ ด้วยการออกไปรับรองแพทย์หรือถ่ายสำเนาประวัติการรักษาพยาบาลดังกล่าวให้ บริษัท ทิพยประกันชีวิต จำกัด
(มหาชน) ได้ทราบโดยไม่มีข้อแม้ใดๆ ทั้งสิ้น

การให้ความยินยอมในการเปิดเผยประวัติคนไข้ครั้งนี้ ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะให้ทางบริษัทฯ นำหลักฐานนี้ไป
ประกอบการพิจารณาจ่ายเงินสินไหมตามกรมธรรม์ประกันชีวิต ซึ่งข้าพเจ้าเป็นผู้รับประโยชน์ที่มีสิทธิจะได้รับได้อย่างถูกต้องและ
เป็นธรรม ดังนั้นข้าพเจ้าจึงทำหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้เพื่อเป็นหลักฐานไว้ด้วยความสมัครใจ และลงชื่อไว้ท้ายหนังสือฉบับนี้
พร้อมมอบหมายให้พนักงานบริษัทฯ เป็นผู้มาติดต่อขอหลักฐานแทนข้าพเจ้าได้จนเสร็จการ หวังว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน
ด้วยดี จึงขอแสดงความขอบคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม

()

ลงชื่อ.....พยาน

()