CLM CONSENT INS.

# หนังสือแสดงความยินยอม

## การขอรายงานแพทย์

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

ที่อยู่..........................................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................

ขอให้ความยินยอมไว้ ณ ที่นี่ แก่โรงพยาบาล , แพทย์ , คลินิก , สถาบัน หรือบุคคลหนึ่งบุคคลใดให้แจ้งรายละเอียดต่างๆ ทั้งหมดของข้าพเจ้าเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย , การตรวจรักษาพยาบาลทั้งหมดของข้าพเจ้า ให้แก่บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ตามที่บริษัทฯ ต้องการเพื่อใช้ในการพิจารณารับประกัน , พิจารณาสินไหมทดแทน ได้ด้วยความถูกต้องและเป็นธรรม

อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายใบยินยอมการขอรายงานแพทย์ฉบับบนี้ ให้ถือว่ามีผลเสมือนต้นฉบับทุกประการ

ขอแสดงความนับถือ

| | |
|---|---|
| ลงชื่อ....................................................... | ลงชื่อ......................................................... |
| (                                        ) | (                                        ) |
| พยาน / ตัวแทน | ผู้เอาประกันชีวิต |
| | กรณีที่ผู้เอาประกันเป็นเยาว์ ให้ผู้ปกครองลงนามแทน |

กรุณา แนบสำเนาบัตรประชาชนผู้เอาประกันภัย พร้อมทั้งรับรองสำเนาถูกต้อง

บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) 315 อาคารไทยกรุ๊ป ชั้น 8-12 ถนนสีลม แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500
Southeast Life Insurance Public Company Limited 315 Thai Group Bldg., 8-12 Fl., Silom Rd., Silom, Bangrak, Bangkok 10500
T: 0 2631 1331 F: 0 2236 7614 www.southeastlife.co.th
ทะเบียนเลขที่ / เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร Registration No. / Tax ID No. 0107555000384
ศูนย์ดูแลลูกค้า โทร.0 2255 5656