se Life
อาคเนย์ประกันชีวิต

หนังสือยินยอมและมอบอำนาจ
การขอรายงานแพทย์

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

ด้วย.....ได้รับการตรวจและรักษาที่สถานพยาบาลแห่งนี้ และผู้ป่วยได้เอาประกันชีวิตไว้กับบริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ซึ่งบริษัทฯ มีความจำเป็นต้องขอทราบรายละเอียดและประวัติการรักษาเจ็บป่วยจากแพทย์ผู้รักษา โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้าซึ่งมีความเกี่ยวข้องเป็น.....ตามเอกสารหลักฐานดังแนบ ขอให้ความยินยอมไว้ ณ ที่นี้ แก่โรงพยาบาล , แพทย์ , คลินิก , สถาบัน หรือบุคคลหนึ่งบุคคลใด ให้แจ้งรายละเอียดต่างๆ หรือถ่ายสำเนาประวัติการตรวจรักษาทั้งหมดของ.....แก่ บริษัท อาคเนย์ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯ เป็นผู้มีอำนาจดำเนินการขอทราบรายละเอียดตามที่บริษัทฯต้องการแทนข้าพเจ้า เพื่อใช้ในการพิจารณาค่าสินไหมทดแทนได้ด้วยความถูกต้องและเป็นธรรม

อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายใบยินยอมการขอรายงานแพทย์ฉบับนี้ ให้ถือว่ามีผลบังคับได้และสมบูรณ์เท่ากับต้นฉบับ

ขอแสดงความนับถือ

( )
ผู้รับประโยชน์ / ทายาทผู้เอาประกัน

ลงชื่อ พยาน/ตัวแทน ลงชื่อ พยาน/ตัวแทน
( ) ( )

กรุณา แนบสำเนาบัตรประชาชนผู้รับประโยชน์ / ทายาทผู้เอาประกัน พร้อมทั้งรับรองสำถูกต้อง