

หนังสือแสดงความยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา

เขียนที่

วันที่.....

หนังสือฉบับนี้ทำขึ้นเพื่อแสดงว่า ข้าพเจ้าอายุ.....ปี
(ที่อยู่ตามบัตรประชาชน) บ้านเลขที่ หมู่ที่

ต.รอก/ซอย..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต จังหวัด.....

บัตรประชาชนเลขที่..... เลขหนังสือเดินทาง.....

โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล.....

ในฐานะ ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ย/ผู้เอาประกัน/ผู้ถือกรมธรรม์ (กรณีเคสผู้เยาว์/ถ้ามี)

ผู้แทนโดยชอบธรรม ผู้อนุบาล/ผู้พิทักษ์ ทายาท ผู้รับประโยชน์ของ.....

บัตรผู้ป่วยเลขที่..... -..... โรงพยาบาล

ข้าพเจ้ายินยอมให้โรงพยาบาล/ คลินิก/ ศูนย์การแพทย์/สถานพยาบาล บุคคลอื่นใดที่มีบันทึกประวัติสุขภาพ การป่วย การบาดเจ็บ ผลการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสีวิทยาและภาพการแพทย์ หรือการตรวจทางการแพทย์อื่นๆ ของ.....เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่ บริษัท ฟิลลิปประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้รับมอบอำนาจของบริษัทขอคัด หรือ ถ่ายเอกสารหรือขอคำรับรองประวัติการรักษาพยาบาล เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือพิจารณาขอใช้เงินตามสัญญาประกันชีวิต หรือ เงินผลประโยชน์ อันจะพึงจ่ายตามกรมธรรม์ และยินยอมให้บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผย ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันวินาศภัย หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง หรือ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย โดยให้หนังสือฉบับนี้ มีผลใช้บังคับจนกว่าจะขอใช้เงินตามสัญญาประกันภัยฉบับนี้ให้ความยินยอมนี้แล้วเสร็จ

เพื่อเป็นหลักฐานจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายของหนังสือฉบับนี้ ให้มีผลบังคับใช้ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม/ผู้มอบอำนาจ

()

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

()

ลงชื่อ.....พยาน

()

ลงชื่อ.....พยาน

()

**** หมายเหตุ.**-ถ้าผู้ให้ความยินยอมไม่สามารถลงนามได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือ ไว้เป็นหลักฐานในช่องลงชื่อ (ระบุด้วยว่าเป็นลายนิ้วหัวแม่มือข้างใด) พร้อมทั้งให้พยานลงชื่ออย่างน้อย 2 คน