

062871 5235 (ดงเย็น)
 มา 501005510

บริษัทไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

123 ถนนรัชดาภิเษก เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10400

โทร.02 247 0247 โทรสาร 02 246 9892

ทะเบียนเลขที่ 0107555000104

วันที่ 16 กันยายน 2565

เรื่อง ขอประวัติการรักษาพยาบาล

เรียน แพทย์ผู้อำนวยการ/แพทย์ผู้ตรวจ

สิ่งที่ส่งมาด้วย หนังสือยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษา



ด้วย นายวสันติ โคพระ

ได้แถลงรายละเอียดกับบริษัทฯ ในการขอทำประกันชีวิต

ว่าเคยได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานี่นี้ และยินยอมให้ท่านเปิดเผยประวัติการรักษา ได้ตามหนังสือยินยอมที่แนบมานี้

บริษัทฯ จึงใคร่ขอความร่วมมือมายังท่าน ได้โปรดให้สำเนารายละเอียดเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค และผลการตรวจพิเศษอื่นๆ ของสถานพยาบาล โดยบรรจุใส่ซองของสถานพยาบาล พร้อมปิดผนึกและประทับตราสถานพยาบาล บริษัทฯ ยินดีชำระค่าธรรมเนียมในการขอประวัติ โดยตัวแทนของบริษัทฯ จะเป็นผู้ดำเนินการ

ทั้งนี้ หากไม่ปรากฏว่าผู้ขอเอาประกันมีประวัติการรักษาในสถานพยาบาลแต่อย่างใด บริษัทฯ ใคร่ขอความกรุณาท่านหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง กรอกแบบฟอร์มยืนยันไม่พบประวัติการรักษา พร้อมลงนามและประทับตราสถานพยาบาลตามรายละเอียดด้านล่างของหนังสือฉบับนี้

บริษัทฯ ขอขอบคุณสำหรับความร่วมมืออันดียิ่งมา ณ โอกาสนี้

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอรัญประเทศ

ขอแสดงความนับถือ

บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

- ☒ เพื่อโปรดทราบ
☒ เพื่อโปรดพิจารณา
☒ เห็นความชอบ OPD + นวณ ๓๓/๑๐ เรือ
☐ อื่นๆ

วสันติ โคพระ
21 ก.ย. 65

(นายราเชษฎ์ เจริญพนม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอรัญประเทศ
22 ก.ย. 2565

(นางสาวจุฑามาศ เครือศรีคำ)

112/36
นพ.ดร.
นพ.ดร.

แบบฟอร์มยืนยันไม่พบประวัติการรักษา

วันที่

ตามที่บริษัทฯ ได้ร้องขอประวัติการรักษาพยาบาลของ นายวสันติ โคพระ

ข้าพเจ้า ได้ตรวจสอบแล้ว ไม่พบประวัติการรักษาของบุคคลดังกล่าวแต่อย่างใด

(ตราประทับสถานพยาบาล)



บัตรประชาชน
ร.ต.ท. โคพระ



บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
123 ถนนรัชดาภิเษก เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10400
โทร. 0 2247 0247 โทรสาร 0 2246 9946
www.thaillife.com ทะเบียนเลขที่ 0107555000104

หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการตรวจรักษา และมอบอำนาจ

ทำที่ หน้าผู้ประกันตน

วันที่ 20 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2565

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า นางวสุณี ไทบุตร

ชื่อ - นามสกุล เดิม.....) อายุ.....ปี ☒ บัตรประจำตัวประชาชน ☐ บัตรข้าราชการ
☐ อื่นๆ.....เลขที่ 3240900123942 อยู่บ้านเลขที่ 109/6 หมู่ที่.....
ตำบล / แขวง ศรีบุญเรือง อำเภอ / เขต ศรีบุญเรือง จังหวัด สระแก้ว ในฐานะ

- ☒ ผู้ขอเอาประกันชีวิต หรือ ผู้เอาประกันชีวิต
- ☐ ผู้ใช้อำนาจปกครอง ของผู้ขอเอาประกันชีวิต หรือ ผู้เอาประกันชีวิต
(กรณีผู้ขอเอาประกันชีวิต หรือ ผู้เอาประกันชีวิตเป็นผู้เยาว์)
- ☐ ผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัย
- ☐ ผู้ใช้อำนาจปกครอง ของผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัย
(กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์)
- ☐ ทายาทตามกฎหมายของผู้เอาประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา หรือโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลใดๆ ที่เคยทำการตรวจสุขภาพ หรือตรวจรักษาสุขภาพของข้าพเจ้า หรือของ.....เปิดเผยประวัติการรักษา และรายละเอียด การวินิจฉัยโรคต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพ และมอบอำนาจให้ บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้ทำการแทนของบริษัท สำนักงานตั้งอยู่ เลขที่ 123 ถนนรัชดาภิเษก แขวงดินแดง เขตดินแดง กรุงเทพมหานคร เป็นผู้รับมอบอำนาจตามกฎหมายของข้าพเจ้า ในการขอรับประวัติการรักษาดังกล่าวข้างต้นจากแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา หรือ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อวัตถุประสงค์ในการพิจารณารับประกันหรือดำเนินการใดๆ ภายใต้เงื่อนไขกรมธรรม์

ข้าพเจ้ายินยอมให้ใช้สำเนาหนังสือนี้ที่ บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ได้ลงนามรับรองสำเนาแล้วแทนต้นฉบับได้ การกระทำใดๆ ที่ได้มอบอำนาจให้กระทำลงไปภายในขอบเขตแห่งหนังสือฉบับนี้ให้มีผลผูกพันข้าพเจ้า และให้ถือเสมือนหนึ่งว่าข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทุกประการ จึงได้ลงลายมือชื่อ หรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

ผู้ลงลายมือชื่อในเอกสารฉบับนี้ ขอยืนยันว่าได้รับทราบรายละเอียดและข้อกำหนดต่างๆ ตามที่ระบุไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ได้แจ้งให้ทราบก่อนหรือในขณะที่เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลแล้ว

ลงชื่อ วสุณี ไทบุตร ผู้ยินยอม / ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ วสุณี ไทบุตร ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ใช้อำนาจปกครอง
(.....)

ลงชื่อ สุณิษา น้อย พยาน
(.....)

ท่านสามารถศึกษารายละเอียดนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัท และสิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล ได้ที่เว็บไซต์ (<https://www.thaillife.com/PrivacyPolicy>) หรือสามารถสแกนคิวอาร์โค้ดที่ปรากฏ



