0933926249

บริษัทไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
123 ถนนรัชดาภิเษก เขตดินแดง กรุงเทพฯ 10400
โทร.02 247 0247 โทรสาร 02 246 9892
ทะเบียนเลขที่ 0107555000104

วันที่ 28 กันยายน 2565

เรื่อง ขอประวัติการรักษาพยาบาล เรียน แพทย์ผู้อำนวยการ/แพทย์ผู้ตรวจ สิ่งที่ส่งมาด้วย หนังสือยืนยอมเปิดเผยประวัติการรักษา

(ตราประทับสถานพยาบาล)



ด้วย นางภัทร์วริศรา หิรัญธนไชยา	ได้แถลงรายละเอียดกับบริษัทฯ ในการขอทำประกันชีวิต
ว่าเคยได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานที่นี้ และยินยอมให้ท่านเปิด	เผยประวัติการรักษา ได้ตามหนังสือยินยอมที่แนบมานี้
บริษัทฯ จึงใคร่ขอความร่วมมือมายังท่าน ได้โปรดให้สำเนารา	ยละเอียดเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค และผลการตรวจพิเศษอื่นๆ ของ
สถานพยาบาล โดยบรรจุใส่ชองของสถานพยาบาล พร้อมปิดผนึกแล	ะประทับตราสถานพยาบาล บริษัทฯ ยินดีชำระค่าธรรมเนียมใน
การขอประวัติ โดยตัวแทนของบริษัทฯ จะเป็นผู้ดำเนินการ	
ทั้งนี้ หากไม่ปรากฏว่าผู้ขอเอาประกันมีประวัติการรักษาในสเ	าานพยาบาลแต่อย่างใด บริษัทฯ ใครัขอความกรุณๆท่านหรือ
เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง กรอกแบบฟอร์มยืนยันไม่พบประวัติการรักษา ท	พร้อมลงนามและประทับตราสถานพยาบาลตามรายละเอียดด้านล่าง
ของหนังสือฉบับนี้	20/50/01252 1122
บริษัทฯ ขอขอบคุณสำหรับความร่วมมืออันดียิ่งมา ณ โอกาส น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอรัญประเทศ	นี้
	ขอแสดงความนับถือ 140/30
เพื่อโปรดทราบ เพื่อโปรดพิจารณา	บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
เห็นควรมอบ 000 + กษฏิเหอองใบเชื้อ	- nhol
อื่นๆ	And.
110.015	(นางสาวจุฑามาศ เครือศรคำ)
/MOJIM	เชิงพนม)
ผู้อำนวยการโรงพยาบ	าลอรัญปร ผู้จักการ อาวุโส ส่วนพิจารณารับประกันแบบตรวจสุขภาพ 4
1 2 ମ.ค.	2565
แบบฟอร์มยืนยันไม่พบประวัติการรักษา	
	วันที่
ตามที่บริษัทฯ ได้ร้องขอประวัติการรักษาพยาบาลของ นางภัทร์วริศรา	า หิรัญธนไชยา
ข้าพเจ้า	ตรวจสอบแล้ว ไม่พบประวัติการรักษาของบุคคลดังกล่าวแต่อย่างใด

หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการตรวจรักษา และมอบอำนาจ 🥏 🗡	
โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า 200 คาลา 5 36/5)	25 200 200 200 May 200
(ชื่อ - นามสกุล เดิม	อายุ 6 ่า ปี บัตรประจำตัวประชาชน □ บัตรข้าราชการ ชัยบ้านเลขที่ 799 หมู่ที่ 7 จังหวัด 87/10 ในฐานะ
 ผู้ขอเอาประกันชีวิต หรือ ผู้เอาประกันชีวิต ผู้ใช้อำนาจปกครอง ของผู้ขอเอาประกันชีวิต หรือ ผู้เอาป (กรณีผู้ขอเอาประกันชีวิต หรือ ผู้เอาประกันชีวิตเป็นผู้เยา ผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัย ผู้ใช้อำนาจปกครอง ของผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันภัย (กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์) 	าว์)
มอบอำนาจให้บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้ทำการแทนขอ	ถานพยาบาลใดๆ ที่เคยทำการตรวจสุขภาพ หรือตรวจรักษาสุขภาพของข้าพเจ้า ยประวัติการรักษา และรายละเอียด การวินิจฉัยโรคต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพ และ งบริษัท สำนักงานตั้งอยู่เลขที่ 123 ถนนรัชดาภิเษก แขวงดินแดง เขตดินแดง ประวัติการรักษา ดังกล่าวข้างต้น จากแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา หรือ เจ้าหน้าที่ ยใต้เงื่อนไขกรมธรรม์
	(มหาชน) ได้ลงนามรับรองสำเนาแล้วแทนต้นฉบับได้ การกระทำใดๆ ที่ได้มอบ ำ และให้ถือเสมือนหนึ่งว่าข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทุกประการ จึงได้
ผู้ลงลายมือชื่อในเอกสารฉบับนี้ ขอยืนยันว่าได้รับทราบรายละเอียดและข้อกำหนดต่างๆ ตามที่ระบุไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลที่บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)ได้แจ้งให้ทราบก่อนหรือในขณะเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลแล้ว	
ลงชื่อ อัการ์วริศัภ กลีรัก ธาชาชานาจ (ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
ลงชื่อ ผู้ใช้อำนาจปกครอง	ลงชื่อ เลกติกาน ริสิทางาร์

ท่านสามารถศึกษารายละเอียดนโยบายความคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล ได้ที่เว็บไซต์ (https://www.thailife.com/PrivacyPolicy) หรือสามารถสแกนคิวอาร์โค้ดที่ปรากฏ





