

บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) สาขาจันทบุรี
เลขที่ 55 ม.1 ถ.ริมน้ำ ต.จันทนิมิต อ.เมือง จ.จันทบุรี 22000

นส.ที่ 14/30 09/2565

โรงพยาบาลรัฐประเทศ
เลขรับที่ 5370
วันที่ 4 ต.ก. 65
เวลา 11:28

สำนักงานสินไหมจันทบุรี

วันที่ 30 เดือน กันยายน พ.ศ. 2565

เรื่อง ขอรบประวัติการรักษา

เรียน ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล / แพทย์ผู้ให้การรักษา

สิ่งที่แนบมาด้วย สำเนาหนังสือใบยินยอมเปิดเผยประวัติ

แนบค่าธรรมเนียม จำนวน 300.- บาท

เนื่องจาก นส.วรรณ สมมัน อายุ 36 ปี

ได้ทำประกันชีวิตไว้กับบริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด และต่อมาได้เข้ารับการรักษาวัดที่สถานพยาบาลแห่งนี้ ซึ่ง -

บริษัทฯต้องพิจารณาจ่ายเงินสินไหมทดแทนให้แก่ผู้เอาประกัน เพื่อให้การพิจารณาจ่ายเงินสินไหมทดแทนให้แก่

ผู้เอาประกันเป็นไปอย่างถูกต้องและเป็นธรรม บริษัทฯ จึงขอความกรุณาถ่ายสำเนาประวัติการรักษา OPD

CARD และ CHART ทั้งหมด เพื่อนำมาประกอบการพิจารณาจ่ายเงินสินไหมให้แก่ผู้เอาประกันต่อไป

บริษัท ฯ หวังเป็นอย่างยิ่งในความกรุณา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

140/06

บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด

พริ
พริ



(นายอานัติ อินทรักษ์)

เจ้าหน้าที่สินไหม

สำนักงานสินไหมจันทบุรี

ผู้รับ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

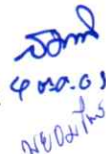
☒ เพื่อโปรดทราบ

☒ เพื่อโปรดพิจารณา

☒ เห็นสมควร OPD + ประวัติ ออกใบเสร็จ

☐ อื่นๆ

โทรฯ 039-301324 , 0818648424


นายราเชษฐ เชิงพนม

(นายราเชษฐ เชิงพนม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรัฐประเทศ

06 ต.ค. 2565



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

หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการตรวจรักษา และมอบอำนาจ

ทำที่ จังหวัด
วันที่ ๗๐.๙.๖๕

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า

ดร. อรรถพร ลมแก้ว

(ชื่อ - นามสกุล เดิม) อายุ ๓๖ ปี ☒ บัตรประจำตัวประชาชน
☐ อื่นๆ เลขที่ 12517 00055848 อยู่บ้านเลขที่ ๓๕ หมู่ที่
ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด ในฐานะ

- ☒ ผู้ขอเอาประกันภัย หรือ ผู้เอาประกันภัย
☐ ผู้ใช้อำนาจปกครอง ของผู้ขอเอาประกันภัย หรือ ผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้ขอเอาประกันภัย หรือ ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์)
☐ ผู้รับประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันภัย
☐ ผู้ใช้อำนาจปกครอง ของผู้รับประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันภัย (กรณีผู้รับประกันภัยเป็นผู้เยาว์)
☐ ทายาทตามกฎหมายของผู้เอาประกันภัย

ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้แพทย์ บริษัทประกันภัย สถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งมีข้อมูลสุขภาพ ความพิการ (รวมถึงประวัติการตรวจรักษา และรายละเอียดการวินิจฉัยโรคต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพ) ของข้าพเจ้า และ/หรือของ ที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่ บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือการพิจารณาจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประกันภัย

ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้บริษัทเก็บรวบรวม ใช้ และ/หรือเปิดเผยข้อมูลสุขภาพ ความพิการ (รวมถึงประวัติการตรวจรักษา และรายละเอียดการวินิจฉัยโรคต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพ) ของข้าพเจ้า และ/หรือของ ต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตัวแทนประกันชีวิต หรือนายหน้าประกันชีวิต เพื่อการขอเอาประกันภัย การพิจารณารับประกันภัย หรือ การพิจารณาจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ใช้สำเนาหนังสือนี้ที่บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ได้ลงนามรับรองสำเนาแล้วแทนต้นฉบับได้ การกระทำใดๆ ที่ได้มอบอำนาจให้กระทำได้ลงไปในขอบเขตแห่งหนังสือฉบับนี้ให้มีผลผูกพันข้าพเจ้า และให้ถือเสมือนหนึ่งว่าข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทุกประการ จึงได้ ลงลายมือชื่อ หรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

ผู้ลงลายมือชื่อในเอกสารฉบับนี้ ขอยืนยันว่าได้รับทราบรายละเอียดและข้อกำหนดต่างๆ ตามที่ระบุไว้ในนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลที่บริษัท ไทยประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ได้แจ้งให้ทราบก่อนหรือในขณะที่เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลแล้ว

ลงชื่อ ผู้ยินยอม / ผู้มอบอำนาจ
(นายอรรถพร ลมแก้ว)

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ
(นายอรรถพร ลมแก้ว)

ลงชื่อ ผู้ใช้อำนาจปกครอง
(.....)

ลงชื่อ พยาน
(.....)

ท่านสามารถศึกษารายละเอียดนโยบายความคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทและสิทธิของเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคลได้ที่เว็บไซต์ (<https://www.thailife.com/PrivacyPolicy>) หรือสามารถสแกนคิวอาร์โค้ดที่ปรากฏ



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน 1 2597 00055 84 8
Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. วรวรรณ สมมัน
Name Miss Worawan
Last name Somman
เกิดวันที่ 22 ก.ย. 2529
Date of Birth 22 Sep. 1986
ศาสนา พุทธ

ที่อยู่ 35 ถ.บูรพาภิรมย์ ต.อรุณประเทศ
อ.อรุณประเทศ จ.สระแก้ว
27 มี.ย. 2559
วันออกบัตร 27 Jun. 2016
Date of Issue

21 ก.ย. 2567
วันบัตรหมดอายุ 21 Sep. 2024
Date of Expiry

1044-03-06271011

เจ้าพนักงานออกบัตร

9/8/2567 น.ส. วรวรรณ สมมัน
เจ้าพนักงานออกบัตร

 **บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**
เลขประจำตัวประชาชน Identification Number **3 8411 00150 04 5**

ชื่อตัวและชื่อสกุล **นาย อาณัติ อินทรักษ์**
Name **Mr. Arnut**
Last name **Intarak**
เกิดวันที่ **8 ต.ค. 2513**
Date of Birth **8 Oct. 1970**



ที่อยู่ **42/98 หมู่ที่ 7 ต.เกาะขวาง**
อ.เมืองจันทบุรี จ.จันทบุรี
12 ก.ค. 2561 รอยต่างหาก **7 ต.ค. 2569**
วันออกบัตร (ลาภิตะ บุญไชย) วันบัตรหมดอายุ
42 Jul. 2018 (ลาภิตะ บุญไชย) 7 Oct. 2018
Date of Issue (ลาภิตะ บุญไชย) Date of Expiry



2201-03-07121108

สำเนาถูกต้อง

(นายอาณัติ อินทรักษ์)