

หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
บัตรประชาชนเลขที่.....เกี่ยวข้องกับ.....
ของผู้เอาประกันภัยชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....
ขอให้ความยินยอมเป็นหลักฐานไว้กับโรงพยาบาล/ คลินิก/ สถาบัน/ บุคคลอื่นใดที่มีบันทึกเรื่องราว
หรือประวัติสุขภาพ / การเจ็บป่วยของผู้เอาประกันภัยที่ผ่านมา สามารถเปิดเผยประวัติการตรวจ รักษา
ทั้งหมดของ (นาย/นาง/นางสาว).....ให้แก่
บริษัท ทีไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) เพื่อประโยชน์แห่งการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงิน
สินไหมทดแทนตามกรมธรรม์ประกันภัยได้ โดยข้าพเจ้าไม่คิดใจที่จะดำเนินการทางกฎหมายต่อผู้ที่
เปิดเผยข้อมูลของ ผู้เอาประกันภัยตามข้างต้น

เพื่อเป็นหลักฐานจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน อนึ่ง สำเนาหนังสือฉบับนี้
ให้มีผลบังคับใช้ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)