

## หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา



ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....  
ผู้ขอเอาประกันภัย/ผู้เอาประกันภัย/ผู้ปกครองของ.....  
ซึ่งต่อไปนี้จะเรียกว่าผู้เยาว์ตกลงยินยอมมอบอำนาจให้.....  
เป็นผู้มีอำนาจขอตัดหรือถ่ายเอกสารหรือขอคำรับรองประวัติการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ประวัติการ  
รักษาโรคทุกประเภท รวมทั้งผลการตรวจวินิจฉัยโรค การวิเคราะห์เอกซเรย์ การตรวจเลือด น้ำลาย หรือการ  
ตรวจร่างกายเพื่อค้นหาสาเหตุแห่งโรคต่าง ๆ ของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ตามทางการแพทย์รวมทั้งรายละเอียด  
คำรักษาพยาบาล ทั้งหมดจากแพทย์ คลินิก โรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลเอกชน หรือสถานอนามัยทุกแห่งที่  
ข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์เข้ารับการรักษา รวมถึงประวัติและเอกสารทางราชการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า และ/หรือ  
ผู้เยาว์จากหน่วยราชการ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการสมัครประกันชีวิตและ/หรือการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนตาม  
กรมธรรม์ประกันภัยของข้าพเจ้าและ / หรือผู้เยาว์จากทางบริษัท

เพื่อเป็นหลักฐานจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

อนึ่ง สำเนาฉบับนี้ ให้มีผลเช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ..... ผู้ให้ความยินยอม

( )

ลงชื่อ.....พยาน

( )

ลงชื่อ.....พยาน

( )

**หมายเหตุ** ถ้าผู้ให้ความยินยอมเขียนหนังสือไม่ได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือหัวแม่มือไว้เป็นหลักฐานในช่องลงชื่อ  
( ระบุด้วยว่าเป็นลายนิ้วมือไหน ข้างใด ) พร้อมทั้งให้พยานลงชื่ออย่างน้อย 2 คน

บริษัท โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน)

1 อาคารเอ็มไพร์ทาวเวอร์ ชั้น 26 ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120  
โทร. 02 650 1400 เลขทะเบียนบริษัท 0107540000103 tokiomarine.com



UWR-006-APP