

วันที่

Date

เรื่อง ยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา
RE: Medical Record Declaration Permission
เรียน ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล / คลินิก
ATTN: Hospital / Clinic Director

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว

I Mr. / Mrs. / Miss

ยินยอมให้แพทย์ / โรงพยาบาล / คลินิก เปิดเผยและให้รายละเอียดทั้งหมดเกี่ยวกับการตรวจหรือการรักษาพยาบาล
ข้าพเจ้า รวมทั้งประวัติการรักษาพยาบาลข้าพเจ้าทั้งในอดีต และปัจจุบัน โดยละเอียด กับ บริษัท อลิอันซ์ ออยุธยา
ประกันภัย จำกัด (มหาชน) เพื่อประกอบการพิจารณารับประกันภัย หรือพิจารณาผลประโยชน์ชดเชย
here by authorize any physician / practitioner / hospital / clinic to give full particular of all past, and current,
medical records to Allianz Ayudhya General Insurance Public Company Limited. for its underwriting or claims
settlement purposes.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

For your kind attention and proceed.

ขอแสดงความนับถือ

Yours faithfully,

(.....)

หมายเหตุ สำเนาภาพถ่ายของหนังสือใบยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามืผลใช้บังคับได้และสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

Remarks: A Photocopy of this authorization shall be in effect and valid as the original copy.

กรุณาแนบพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
Please attach copy of Identification Card / Passport with certified copy.