

เอกสารยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา / Document Release Authorization

เรียนผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง /To Whom It May Concern:

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนที่ได้รับการแต่งตั้ง มีอำนาจในการร้องขอ หรือทราบข้อมูล หรือถ่ายสำเนาจากบันทึกประวัติการรักษาพยาบาล และการตรวจสุขภาพของข้าพเจ้า และครอบครัวของข้าพเจ้าได้จากแพทย์ โรงพยาบาลหรือองค์กรอื่นใดที่มีบันทึก หรือทราบเรื่องเกี่ยวกับข้าพเจ้า หรือสุขภาพของข้าพเจ้า และครอบครัว เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำเอง สำเนาภาพถ่าย ของหนังสือมอบอำนาจนี้ ให้มีผลสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

I hereby give my permission to Pacific Cross Health Insurance PCL, or their duly appointed agents or representatives to request and receive copies of my medical records and my family, and make any inquiry into details of my health and medical history, and request that any doctor, clinic, hospital or other insurance company assist Pacific Cross Health Insurance PCL in their enquiries thereof.

A photocopy of this statement shall be as effective and valid as the original.

Policy Holder signature:

Policy Holder full Name:

Date of Birth:

Dated:

Remark:

If copy of hospital card is unavailable, please specify hospital number (HN)