

ทำที่:

วันที่:

เรื่อง: ยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา

เรียน: ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล

(ชื่อโรงพยาบาล / คลินิก)

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาวยินยอมให้
แพทย์โรงพยาบาล / คลินิก เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลโดยละเอียดเท่าที่ บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกัน
สุขภาพ จำกัด (มหาชน) จำเป็นต้องทราบเพื่อเก็บรวบรวมและใช้ประโยชน์ ในการประมวลผล การพิจารณา
ค่าสินไหมทดแทน การพิจารณารับประกันภัย ตลอดจนการต่ออายุประกันภัย รวมถึงเปิดเผยข้อมูลให้แก่
หน่วยงานกำกับดูแล หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จนกว่าจะมีการบอกเลิกเพิกถอนความยินยอมนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และโปรดดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

()

อนึ่งสำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ ให้ถือว่า มีผลบังคับได้ และสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ
หมายเหตุ: กรุณาแนบพร้อมสำเนาบัตรประชาชน (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)