

หนังสือมอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา
Power of attorney and Consent for Medical History Disclosure

เขียนที่ (Written at)

(Name of Medical Provider)

วันที่ (Date)

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (In this letter, I)

อายุ (age).....ปี (years), เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง (ID/Passport No.).....

อาศัยอยู่บ้านเลขที่ (Address in Thailand).....

หมายเลขโทรศัพท์ (Mobile Phone No.)..... อีเมล (E-mail).....

ข้าพเจ้าเป็นผู้ถือกรมธรรม์ประกันภัยของ บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) กรมธรรม์เลขที่ (I am insured by Pacific Cross Health Insurance PCL, Policy No.)

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือโรงพยาบาล หรือ สถานพยาบาลใด ๆ ที่ทำการตรวจรักษา หรือ เคยทำการตรวจสุขภาพของข้าพเจ้า เปิดเผยประวัติการตรวจรักษาหรือรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับการตรวจรักษาและผลการตรวจสุขภาพ ให้แก่ บริษัท แปซิฟิก ครอส ประกันสุขภาพ จำกัด (มหาชน) ที่อยู่เลขที่ 152 อาคารชาร์เตอร์สแควร์ ชั้น 21 ถนนสาทรเหนือ แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพฯ 10500 หรือ ผู้ทำการแทนของบริษัท เป็นผู้รับมอบอำนาจตามกฎหมายเพื่อดำเนินการติดต่อขอรับประวัติการรักษาดังกล่าวข้างต้นจากแพทย์หรือโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใดๆ ที่ได้รับการตรวจรักษาหรือเคยทำการตรวจสุขภาพ เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทุกประการ อนึ่ง สำเนาภาพถ่ายหรือสำเนาเอกสารของหนังสือฉบับนี้ ให้ถือว่ามามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับทุกประการ

I hereby give consent to the attending physician(s), hospital(s), and/or medical center(s) that has or had provided me with medical treatment and/or health check to disclose my medical records and/or other details pertaining to my treatment(s) and/or health check to Pacific Cross Health Insurance PCL at 152 Chartered Square Building, 21st Floor , North Sathorn Road, Silom, Bangrak, Bangkok 10500, or its legal representative. All actions from the Company or its legal representative to contact and receive the afore-mentioned medical history are considered as if they were my own actions in all respects. A photocopy or copy of this authorization is regarded as equally effective and complete as the original.

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจและยินยอม

Sign () Grantor of Power of Attorney and Consent

ลงชื่อ พยาน

Sign () Witness

