

หนังสือมอบอำนาจและยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา  
Power of Attorney and Consent for Medical History Disclosure

เขียนที่ (Written at) .....

วันที่ (Date) .....

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (By 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 3 อาคารรัตนาคาร ชั้นที่ 16 โซนบีซี ถนนสาทรใต้ แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120 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 3 Rajanakarn Building 16th Floor Zone BC , South Sathorn Road, Yannawa, Sathorn, Bangkok 10120, 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.

Sign ..... Grantor of Power of Attorney and Consent  
ลงชื่อ ..... ผู้มอบอำนาจและยินยอม  
( )

Sign ..... Witness  
ลงชื่อ ..... พยาน  
( )

PCH-CL-F27\_15MAY2024

