

ทำที่: .....

วันที่: .....

เรื่อง: ยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา  
เรียน: ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล

(ชื่อโรงพยาบาล / คลินิก)

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

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และโปรดดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

( )

อนึ่งสำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมฉบับนี้ ให้ถือว่ามีผลบังคับได้ และสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ  
หมายเหตุ: กรุณาแนบพร้อมสำเนาบัตรประชาชน (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)