

หนังสือยินยอมให้บริษัทวิริยะประกันภัย จำกัด
จ่ายเงินค่าสินไหมทดแทนในนามสหกรณ์ออมทรัพย์กรมประมง จำกัด

ที่อยู่.....
.....
.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... อายุ ปี อยู่บ้านเลขที่.....

หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... ซึ่งเป็นทายาทของ.....

ผู้ทำประกันภัยพิทักษ์ทุนกับบริษัทวิริยะประกันภัย จำกัด มีความประสงค์ให้บริษัทวิริยะประกันภัย จำกัด จ่ายเงินค่า
สินไหมทดแทนในนามสหกรณ์ออมทรัพย์กรมประมง จำกัด

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำยินยอม
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(นายสมศักดิ์ เขตสมุทร)
กรรมการทำหน้าที่ผู้จัดการ
สหกรณ์ออมทรัพย์กรมประมง จำกัด

หมายเหตุ

แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง



วิริยะประกันภัย
THE VIRIYAH INSURANCE

วันที่ / Date

(เฉพาะเจ้าหน้าที่บริษัท วิริยะประกันภัย เท่านั้น)

หนังสือมอบอำนาจ

เรื่อง ดำเนินการขอประวัติการรักษาจากสถานพยาบาล / โรงพยาบาล

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า..... (ในนามของ))

อายุ ปี เชื้อชาติ สัญชาติ อยู่บ้านเลขที่ หมู่ แขวง / ตำบล

เขต / อำเภอ จังหวัด เบอร์โทรศัพท์

ได้มอบอำนาจให้ บริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด (มหาชน) 121/28, 121/65 อาคารอาร์ เอส ทาวเวอร์ ถนนรัชดาภิเษก ดินแดง กรุงเทพฯ 10400 โทร 0 2239 1557 แฟกซ์ 0 2641 3217 www.viriyah.co.th

เป็นผู้มีอำนาจจัดการดำเนินการขอประวัติการรักษา-ประวัติสุขภาพ จากสถานพยาบาล/โรงพยาบาล แทนข้าพเจ้าจนเสร็จการ และข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในการที่ผู้รับมอบอำนาจได้ทำไปตามที่มอบอำนาจนี้เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้ทำการด้วยตนเอง เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยานแล้ว

ลงชื่อ ผู้มอบอำนาจ

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ ผู้รับมอบอำนาจ

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ พยาน

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ พยาน

(.....) ตัวบรรจง



วิริยะประกันภัย
THE VIRIYAH INSURANCE

วันที่ / Date

(เฉพาะเจ้าหน้าที่บริษัท วิริยะประกันภัย เท่านั้น)

เรื่อง ยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา

Re: Medical Record Declaration Permission

เรียน ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล / คลินิก

ATTN: Hospital / Clinic Director

ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว

I Mr. / Mrs. / Miss

ยินยอมให้แพทย์ / โรงพยาบาล / คลินิก เปิดเผยและให้รายละเอียดทั้งหมดเกี่ยวกับการตรวจหรือการรักษาพยาบาล

รวมทั้งประวัติการรักษาพยาบาลของ กับ บริษัท วิริยะประกันภัย

จำกัด (มหาชน) เพื่อประกอบการพิจารณารับประกันภัย หรือพิจารณาผลประโยชน์ทดแทน

Hereby authorize any physician / practitioner / hospital clinic to give full particular of all past and current medical records to Viriyah Insurance Public Company Limited for its underwriting or claims settlement purposes.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

For your kind attention and proceed.

ขอแสดงความนับถือ

Yours faithfully,

.....

(.....)

หมายเหตุ สำเนาภาพถ่ายของหนังสือใบยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่า มีผลใช้บังคับได้และสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

Remarks: A Photocopy of this authorization shall be in effect and valid as the original copy.

กรุณาแนบพร้อมสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
Please attach copy of Identification Card / Passport with certified copy.