วิริยะประกันภัย
VIRIYAH INSURANCE

วันที่

Date

หนังสือมอบอำนาจ

Letter of Authority

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า / Name .....ขอมอบอำนาจให้บริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทน หรือผู้ได้รับมอบหมาย กระทำการแทนข้าพเจ้า และข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล หรือบุคคลอื่นใด ซึ่งได้ทำการตรวจและรักษาข้าพเจ้า มีอำนาจแจ้งต่อบริษัท หรือผู้แทนถึงการเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บประวัติทางการแพทย์ การปรึกษา ใบสั่งยา หรือการรักษาและสำเนาบันทึกของโรงพยาบาลหรือการแพทย์ของข้าพเจ้าได้ อนึ่ง สำเนารูปถ่ายของหนังสือยินยอมนี้ ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับ เช่นเดียวกับต้นฉบับ

I here by authorize any hospital, physician, or other person who has attended or examined me, to the company, or its authorized representative, any and all information with respect to any illness or injury, medical history, consultation, prescription or treatment, and copies of all hospital or medical records, a photo static copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
Signed Grantor of Authorization
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
Signed Authorization Representative
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
Signed Witness
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
Signed Witness
(.....)