วิริยะประกันภัย
VIRIYAH INSURANCE

บริษัท วิริยะประกันภัย จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 84/1 อาคารวิริยะพันธุ์ โฮลดิ้งส์ ชั้น 11B ฝั่ง River View ถนนจรัญสนิทวงศ์ แขวงบางพลัด เขตบางพลัด
กรุงเทพมหานคร 10700 Tel: 0 2239 1557 Fax: 0 2641 3217 www.viriyah.co.th

วันที่
Date

เรื่อง ยินยอมเปิดเผยประวัติการรักษา

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 วิริยะประกันภัยจำกัด (มหาชน) เพื่อประกอบการพิจารณารับประกันภัย หรือพิจารณาผลประโยชน์ชดเชย

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 สำเนาภาพถ่ายของหนังสือใบยินยอมฉบับนี้ให้ถือว่ามีผลใช้บังคับได้และสมบูรณ์เช่นเดียวกับต้นฉบับ

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.