



## บริษัท เจนเนอราลี ประกันชีวิต (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)

ชั้น 16 ยูนิค 1602 – 1605 อาคาร ซีอาร์ซี ทาวเวอร์ ออลซีซั่นส์ เฟลส 87/2 ถนนวิฑู แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2685-3828 โทรสาร. 0-2685-3622

### หนังสือยินยอมให้เปิดเผยประวัติการรักษา

ทำที่.....

วันที่ .....

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

เกี่ยวข้องกับ.....ของ(นาย/นาง/นางสาว).....

ขอให้ความยินยอมต่อแพทย์ โรงพยาบาล สถานพยาบาล และบริษัทประกันภัยทุกแห่ง ที่มีประวัติการตรวจรักษา โรคของ(นาย/นาง/นางสาว).....สามารถเปิดเผยประวัติการตรวจรักษา ผลการตรวจ พิเศษ ทั้งหมดทั้งในอดีตจนถึงปัจจุบันของ(นาย/นาง/นางสาว).....ให้

บริษัท เจนเนอราลี ประกันชีวิต (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน) หรือผู้รับมอบอำนาจของบริษัทฯ ทราบ โดยไม่มี ข้อแม้ใดๆ ทั้งสิ้น ซึ่งการให้ความยินยอมในการเปิดเผยประวัติในครั้งนี้ เพื่อให้บริษัทฯ นำหลักฐานนี้ไปประกอบการ พิจารณาย้ายค่าสินไหมทดแทน ตามกรมธรรม์ประกันชีวิตได้อย่างถูกต้องและเป็นธรรม โดยข้าพเจ้าได้ทำหนังสือยินยอม ฉบับนี้ด้วยความสมัครใจ และไม่คิดใจที่จะดำเนินการทางกฎหมายใดๆ ต่อผู้ที่เปิดเผยข้อมูลประวัติดังกล่าวเพื่อเป็น หลักฐานจึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน

*(สำเนาภาพถ่ายหนังสือฉบับนี้ ให้ถือว่า มีผลบังคับและสมบูรณ์เท่าต้นฉบับ)*

ลงชื่อ.....ผู้ให้ความยินยอม

( )

ลงชื่อ.....พยาน

( )

ลงชื่อ.....พยาน

( )