

หนังสือยินยอม

เขียนที่ _____

วันที่ _____

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า _____ อยู่บ้านเลขที่ _____ หมู่ _____

ตำบล / แขวง _____ อำเภอ / เขต _____ จังหวัด _____

บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ _____ เกี่ยวข้องเป็น บิดา / มารดา / คู่สมรส / บุตร

ของ _____ ซึ่งเป็นผู้เอาประกันภัย ของบริษัท เอไอเอ จำกัด ขอทำหนังสือยินยอมฉบับนี้ขึ้น เพื่อ

เป็นหลักฐานสำคัญแสดงว่า ข้าพเจ้าได้ยินยอมให้แพทย์ หรือโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลใดๆ ที่เคยทำการตรวจ

รักษาสุขภาพของ _____ หรือคู่สมรส หรือบุตร ของ _____

เปิดเผยประวัติ หรือรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพ หรือการตรวจรักษาสุขภาพของบิดา มารดา คู่สมรส หรือบุตรของ

ข้าพเจ้าให้กับ บริษัท เอไอเอ จำกัด หรือผู้แทนของบริษัทฯ ทราบได้โดยละเอียด อนึ่งสำเนารูปถ่ายของหนังสือยินยอม

ฉบับนี้ ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับทุกประการ

เพื่อเป็นหลักฐานสำคัญ ข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ _____ ผู้ให้คำยินยอม

(_____)

ลงชื่อ _____ พยาน

(_____)

ลงชื่อ _____ พยาน

(_____)