

PROOF OF DEATH
SUBMITTED TO
THAI SAMSUNG LIFE INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

หลักฐานแห่งการมรณกรรม เสนอต่อ
บริษัท ไทยซัมซุง ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
บันทึกถ้อยคำของผู้รับผลประโยชน์

เขียนที่.....

Place of

วันที่.....เดือน.....ปี.....

Date of

หมายเลขกรมธรรม์ Number of policies

จำนวนเงินเอาประกัน Amount s of assurance

.....
.....

ชื่อเต็มของผู้ตาย Deceased 's name in full.....

1. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านของผู้ตาย เลขที่..... ถนน..... อำเภอ..... จังหวัด.....

Residence at death No Street State of country of

2. ที่อยู่ที่สะดวกในการติดต่อก่อนเสียชีวิต

Contract address of deceased before death

หมายเลขโทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....

Telephone number

Mobile phone number

อีเมล.....

E-mail address

3. อาชีพขณะตาย.....สถานที่ทำงานและที่อยู่ทำงาน.....หมายเลขโทรศัพท์.....

Occupation at time of death Company Name & Address Telephone Number

4. วันและสถานที่ตาย

Date and place of death

5. สาเหตุที่ตาย

Cause of death

6. ชื่อและที่อยู่ของนายแพทย์ทุกคนที่รักษาผู้ตายในระหว่างการเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย และในระหว่างสามปีก่อนนั้นด้วย

Name and addresses of all physicians who attended deceased during his last illness and during three years prior

ชื่อ โรงพยาบาล วันที่รักษา โรคและอาการป่วย

Name Hospital Dates of attendance Disease or condition

.....

.....

7. ผู้ตายได้มีประกันชีวิตไว้กับ บริษัทฯ อื่นอีกหรือไม่ เป็นจำนวนเงินเท่าใด ?

With what other companies , and for what amounts , was the life of deceased assured ?

บริษัท companies หมายเลขกรมธรรม์ Numbers of policies จำนวนเงินเอาประกันภัย Amounts

.....

.....

ผู้ลงนามทำเอกสารฉบับนี้ ขอเรียกร้องเอา กับ บริษัท ไทยซัมซุง ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) และรับว่าบันทึกถ้อยคำและหลักฐานประกอบของนายแพทย์ทุกคนซึ่งรักษาพยาบาลผู้เอาประกันและเอกสารอื่น ๆ อีกทั้งหมดซึ่งต้องอาศัยตามนัยแห่งคำแนะนำนั้น ให้ถือว่า เป็นส่วนหนึ่งแห่งหลักฐานแห่งมรดกกรรมรายนี้และรับอีกด้วยว่าการที่บริษัทฯ ดังกล่าวได้ออกแบบพิมพ์นี้ให้ หรือแบบพิมพ์ อื่นใดเพิ่มขึ้นก็ดี ย่อมจะไม่ถือว่าเป็นคำรับรองของบริษัทฯ ว่าได้มีการประกันชีวิตที่เกี่ยวข้องอันจะพึงผูกพันบังคับใช้ ทั้งนี้ถือว่าเป็นการสละสิทธิหรือข้อต่อสู้ใดของบริษัทฯ ด้วย.

The undersigned hereby makes claim to said assurance in Thai Samsung Life Insurance Public Company Limited and agrees that the written statements of all the physicians who attended or treated the assured and all other papers called for by the instructions hereon, shall constitute and they are hereby made a part of these proofs of Death and further agrees that the furnishing of this form, or of any other forms supplemental thereto, by said company shall not constitute nor be considered an admission by it that there was any assurance in force on the life in question, nor a waiver of its rights or defenses.

ข้อมูลผู้เรียกร้อง Data of Claimant

1. ชื่อ-สกุล และคำนำหน้านาม..... อายุ.....ปี
 Full name Age Yrs.

สถานภาพ () โสด () สมรส () หย่า () หม้าย สัญชาติ.....อาชีพ

Marital Status Single Married Divorce Widow Nationality Occupation

เลขที่บัตรประชาชน / หนังสือเดินทาง..... วัน / เดือน / ปี เกิด

ID Card / Passport Birth Date

สถานที่ทำงาน และที่อยู่ทำงาน.....หมายเลขโทรศัพท์.....

Company Name & Address Telephone number

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....

Address in accordance with the present House Registration

หมายเลขโทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....

Telephone number Mobile phone number

ที่อยู่ี่สะดวกในการติดต่อ.....

Contract address of claimant

หมายเลขโทรศัพท์บ้าน.....มือถือ.....

Telephone number Mobile phone number

อีเมล.....

E-mail address

ลงชื่อ.....ผู้เรียกร้อง
 (.....)
 Signature of Claimant

2. ชื่อ-สกุล และคำนำหน้านาม..... อายุ.....ปี
 Full name Age Yrs.

สถานภาพ () โสด () สมรส () หย่า () หม้าย สัญชาติ.....อาชีพ.....
 Marital Status Single Married Divorce Widow Nationality Occupation

เลขที่บัตรประชาชน / หนังสือเดินทาง..... วัน / เดือน / ปี เกิด.....
 ID Card / Passport Birth Date

สถานที่ทำงาน และที่อยู่ทำงาน..... หมายเลขโทรศัพท์.....
 Company Name & Address Telephone number

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....
 Address in accordance with the present House Registration

หมายเลขโทรศัพท์บ้าน..... มือถือ.....
 Telephone number Mobile phone number

ที่อยู่ี่สะดวกในการติดต่อ.....
 Contract address of claimant

หมายเลขโทรศัพท์บ้าน..... มือถือ.....
 Telephone number Mobile phone number

อีเมล.....
 E-mail address

ลงชื่อ.....ผู้เรียกร้อง
 (.....)
 Signature of Claimant

3. ชื่อ-สกุล และคำนำหน้านาม..... อายุ.....ปี
 Full name Age Yrs.

สถานภาพ () โสด () สมรส () หย่า () หม้าย สัญชาติ.....อาชีพ.....
 Marital Status Single Married Divorce Widow Nationality Occupation

เลขที่บัตรประชาชน / หนังสือเดินทาง..... วัน / เดือน / ปี เกิด.....
 ID Card / Passport Birth Date

สถานที่ทำงาน และที่อยู่ทำงาน..... หมายเลขโทรศัพท์.....
 Company Name & Address Telephone number

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....
 Address in accordance with the present House Registration

หมายเลขโทรศัพท์บ้าน..... มือถือ.....
 Telephone number Mobile phone number

ที่อยู่ี่สะดวกในการติดต่อ.....
 Contract address of claimant

หมายเลขโทรศัพท์บ้าน..... มือถือ.....
 Telephone number Mobile phone number

อีเมล.....
 E-mail address

ลงชื่อ.....ผู้เรียกร้อง
 (.....)
 Signature of Claimant

4. ชื่อ-สกุล และคำนำหน้านาม..... อายุ.....ปี
 Full name Age Yrs.
 สถานภาพ () โสด () สมรส () หย่า () หม้าย สัญชาติ.....อาชีพ.....
 Marital Status Single Married Divorce Widow Nationality Occupation
 เลขที่บัตรประชาชน / หนังสือเดินทาง..... วัน / เดือน / ปี เกิด.....
 ID Card / Passport Birth Date
 สถานที่ทำงาน และที่อยู่ทำงาน..... หมายเลขโทรศัพท์.....
 Company Name & Address Telephone number
 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....
 Address in accordance with the present House Registration
 หมายเลขโทรศัพท์บ้าน..... มือถือ.....
 Telephone number Mobile phone number
 ที่อยู่ที่สะดวกในการติดต่อ.....
 Contract address of claimant
 หมายเลขโทรศัพท์บ้าน..... มือถือ.....
 Telephone number Mobile phone number
 อีเมล.....
 E-mail address
 ลงชื่อ.....ผู้เรียกร้อง
 (.....)
 Signature of Claimant

5. ชื่อ-สกุล และคำนำหน้านาม..... อายุ.....ปี
 Full name Age Yrs.
 สถานภาพ () โสด () สมรส () หย่า () หม้าย สัญชาติ.....อาชีพ.....
 Marital Status Single Married Divorce Widow Nationality Occupation
 เลขที่บัตรประชาชน / หนังสือเดินทาง..... วัน / เดือน / ปี เกิด.....
 ID Card / Passport Birth Date
 สถานที่ทำงาน และที่อยู่ทำงาน..... หมายเลขโทรศัพท์.....
 Company Name & Address Telephone number
 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....
 Address in accordance with the present House Registration
 หมายเลขโทรศัพท์บ้าน..... มือถือ.....
 Telephone number Mobile phone number
 ที่อยู่ที่สะดวกในการติดต่อ.....
 Contract address of claimant
 หมายเลขโทรศัพท์บ้าน..... มือถือ.....
 Telephone number Mobile phone number
 อีเมล.....
 E-mail address
 ลงชื่อ.....ผู้เรียกร้อง
 (.....)
 Signature of Claimant

6. ชื่อ-สกุล และคำนำหน้านาม..... อายุ.....ปี
 Full name Age Yrs.
 สถานภาพ () โสด () สมรส () หย่า () หม้าย สัญชาติ.....อาชีพ.....
 Marital Status Single Married Divorce Widow Nationality Occupation
 เลขที่บัตรประชาชน / หนังสือเดินทาง..... วัน / เดือน / ปี เกิด.....
 ID Card / Passport Birth Date
 สถานที่ทำงาน และที่อยู่ทำงาน..... หมายเลขโทรศัพท์.....
 Company Name & Address Telephone number
 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....
 Address in accordance with the present House Registration
 หมายเลขโทรศัพท์บ้าน..... มือถือ.....
 Telephone number Mobile phone number
 ที่อยู่ที่สะดวกในการติดต่อ.....
 Contract address of claimant
 หมายเลขโทรศัพท์บ้าน..... มือถือ.....
 Telephone number Mobile phone number
 อีเมล.....
 E-mail address
 ลงชื่อ.....ผู้เรียกร้อง
 (.....)
 Signature of Claimant

7. ชื่อ-สกุล และคำนำหน้านาม..... อายุ.....ปี
 Full name Age Yrs.
 สถานภาพ () โสด () สมรส () หย่า () หม้าย สัญชาติ.....อาชีพ.....
 Marital Status Single Married Divorce Widow Nationality Occupation
 เลขที่บัตรประชาชน / หนังสือเดินทาง..... วัน / เดือน / ปี เกิด.....
 ID Card / Passport Birth Date
 สถานที่ทำงาน และที่อยู่ทำงาน..... หมายเลขโทรศัพท์.....
 Company Name & Address Telephone number
 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....
 Address in accordance with the present House Registration
 หมายเลขโทรศัพท์บ้าน..... มือถือ.....
 Telephone number Mobile phone number
 ที่อยู่ที่สะดวกในการติดต่อ.....
 Contract address of claimant
 หมายเลขโทรศัพท์บ้าน..... มือถือ.....
 Telephone number Mobile phone number
 อีเมล.....
 E-mail address
 ลงชื่อ.....ผู้เรียกร้อง
 (.....)
 Signature of Claimant

รายงานการสอบสวนสินไหมมรณกรรม

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่.....ชื่อผู้เอาประกันภัย.....

1. ท่านทราบข่าวการเสียชีวิตของผู้เอาประกันจากใคร เมื่อใด.....
2. สาเหตุแห่งการมรณกรรมและรายละเอียด
 - ก. กรณีเสียชีวิตด้วยเหตุธรรมชาติ
 - 1) วันที่ที่เสียชีวิต เวลา
 - 2) สาเหตุของการเสียชีวิต.....
 - 3) สถานที่ที่เสียชีวิต(โปรดระบุชื่อและสถานที่ตั้ง).....
 - 4) ก่อนเสียชีวิตผู้เอาประกันมีอาการของโรคมานานเท่าใด?.....
 - 5) ชื่อของแพทย์ สถานพยาบาล.....
ที่ทำการรักษาผู้เอาประกันก่อนและในขณะที่เสียชีวิต
 - ข. กรณีเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ ฆาตกรรม หรือฆ่าตัวตาย
 - 1) วันที่ที่เกิดอุบัติเหตุ.....สถานที่เกิดเหตุ.....เวลา.....
 - 2) วันที่ที่เสียชีวิต..... เวลา.....
 - 3) สาเหตุของการเสียชีวิต.....
 - 4) สถานที่ที่เสียชีวิต(โปรดระบุชื่อและที่ตั้ง)
 - 5) ก่อนเกิดเหตุผู้เอาประกันกำลังทำอะไรกับใครที่ไหน.....
มีอาการเมาสุรา หรือสิ่งเสพติดอย่างอื่นหรือไม่.....
 - 6) พยานที่เห็นเหตุการณ์ชื่อ.....มีความสัมพันธ์กับผู้เอาประกัน.....
 - 7) ชื่อแพทย์..... สถานพยาบาล.....
ที่ตรวจรักษาผู้เอาประกันก่อนและในขณะที่เสียชีวิต
3. ท่านได้เห็นศพ หรือได้ไปร่วมงานศพของผู้เอาประกันหรือไม่ เมื่อใด?.....
4. ขณะเสียชีวิต ผู้เอาประกันมีอาการอะไร?.....
5. ผู้เอาประกันมีประกันชีวิตหรืออุบัติเหตุไว้กับบริษัทใดบ้าง?.....
จำนวนเท่าใด?.....
6. ท่านรู้จักผู้เอาประกันหรือครอบครัวผู้เอาประกันเป็นการส่วนตัวหรือไม่ในฐานะเช่นไร?.....
7. ข้อมูลทั้งหมดข้างต้นนี้ท่านได้มาจากผู้ใด?มีความสัมพันธ์เช่นไรกับผู้เอาประกัน.....
8. ความเห็นเพิ่มเติม.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้อง และเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้สอบสวน
รหัสตัวแทน.....สาขา.....

ใบรายงานของแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา

Attending physician's statement

1. ก. ชื่อของผู้ตาย _____ H.N. _____ A.N. _____

Deceased's Name in full

ข. วันที่มารับการรักษา _____ ผู้ป่วยใน วันที่ _____ ถึงวันที่ _____

Date of hospital attending

In Patient Date

To Date

ค. ป่วยเป็นโรค _____

Diagnosis

2. ท่านรู้จักผู้ตายมานานเท่าใด? _____

How long had you known deceased?

3. ท่านเป็นแพทย์ ผู้รักษาหรือเป็นที่ปรึกษาของผู้ตายมาแล้วนานเท่าใด? _____

How long had you been the medical attendant or adviser of the deceased?

4. ก. เมื่อผู้ป่วยมีอาการครั้งสุดท้าย ท่านได้อยู่พยาบาลผู้ตายหรือไม่? _____

Did you attend deceased during his last illness?

ข. ถ้าอยู่พยาบาลผู้ตายเป็นโรคอะไร? _____

If so, for what disease

5. ก. วันแรกที่ท่านไปเยี่ยมคนไข้ _____

Date of your first visit

ข. วันสุดท้ายที่ท่านไปเยี่ยมคนไข้ _____

Date of your last visit

6. ก. สถานที่ตาย _____

Place of death

ข. วันที่ตาย _____

Date of death

7. ก. ด้วยเหตุปัจจุบันอันใดที่ทำให้เขาตาย _____

What was the immediate cause of death

ข. ตามความเห็นของท่านอาการป่วยเป็นโรคนี้นานเท่าใด? _____

How long, in your opinion, did deceased suffer from this disease?

8. ก. ผู้ตายป่วยเป็นโรคอื่นที่สำคัญอะไรบ้างหรือไม่? _____

From what other important disease, if any, did the deceased suffer?

ข. แจ้งระยะเวลาของโรคให้ใกล้เคียงอย่างที่มากที่สุดที่ท่านจะทำได้ _____

Give, as nearly as you can, the duration of each one

9. เป็นเวลานานเท่าใดที่ผู้ตายต้องพักอยู่กับบ้าน หรือต้องละทิ้งการปฏิบัติธุรกิจ? _____

For how long was deceased to the house or prevented from attending to business?

10. มีเหตุพิเศษใดๆจะโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ดีบ้างหรือไม่ซึ่งทำให้เกิดการตายขึ้นอันเนื่องมาจากนิสัย อาชีพ หรือที่พักอาศัย

Was there any special cause , direct or indirect ,for the death by the habits occupation or residence of the deceased _____

11. ก. ขณะเกิดเหตุผู้ตายอยู่ภายใต้ฤทธิ์สุรา หรือยาเสพติดอื่น ๆ หรือไม่? _____ ผลการตรวจเลือด _____

Did deceased under the influence of alcohol or do other habit – forming drug? Blood alcohol test

หากมีผลการตรวจเพิ่มเติมพิเศษต่าง ๆ กรุณาให้รายละเอียด หรือแนบผล _____

If there is more special Investigations / Laboratory reports , etc , Please give us about details, result or report

ข. วัตถุประสงค์ล่านั้นมีส่วนให้เกิดพยาธิอันเป็นเหตุให้ตายหรือไม่ _____

If so, did they contribute to the fatal disease?

12. ให้ระบุชื่อและที่อยู่ของนายแพทย์หรือผู้ประกอบโรคศิลป์อื่นๆ ตามที่ท่านทราบ ซึ่งได้รักษาผู้ตายในระยะเวลาสามปีที่ล่วงมา

Give names and addresses of all other physicians and other practitioners who to your knowledge,attended deceased during the past three years

ชื่อ _____ ที่อยู่ _____

Name Address

โรคหรืออาการและวันที่ _____

Disease or impairment and date

13. ก. ผู้ตายอายุ _____ ปี ข. ส่วนสูง _____ ฟุต _____ นิ้ว ค. น้ำหนัก _____ ปอนด์ ง. สีของผม _____

What was the age of deceased? Height ft inches Weight lbs Color of hair

จ. สีของนัยตา Color of eyes _____ ฉ. บรรยายลักษณะของเครื่องหมายกำเนิด แผลเป็น และเครื่องหมาย

อื่นๆแห่งรูปพรรณ ของร่างกายผู้ตาย Describe any birth marks,scars or other identification marks on the deceased,s

body _____

14. หมายเหตุเพิ่มเติม _____

Additional remarks

เขียนที่ _____ คุณวุฒิ _____

Dated at Qualication

อำเภอ _____ ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมเลขที่ _____

State of License No

จังหวัด _____ ชื่อและที่อยู่ _____

Province Name&Address

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ ลงชื่อ _____

Day of Signature ()

คำแนะนำในการกรอกรายงานแพทย์ผู้ตรวจรักษา

1. กรุณาอย่าเว้นว่างในคำถามที่ท่านมีความเห็นว่า "ไม่" "ไม่เคย" "ไม่ทราบ" เพราะความเห็นทางการแพทย์มีความสำคัญในการพิจารณาสินไหมของบริษัท
2. เมื่อท่านกรอกข้อความเสร็จเรียบร้อยแล้วกรุณาเซ็นชื่อและประทับตราของสถานพยาบาลทุกครั้ง

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.....

เรื่อง ให้ความยินยอมในการเปิดเผยประวัติคนไข้ หรือ ข้อมูลอื่น

เรียน - แพทย์ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือ คณะแพทย์ที่เกี่ยวข้อง
- บุคคลที่เกี่ยวข้อง

ด้วยข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาวความเกี่ยวพันเป็น
และเป็นผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์ประกันชีวิตของหรือทายาทของนาย/นาง/นางสาว.....(ผู้เอา
ประกันภัย) ขอมอบฉันทะและตกลงยินยอมให้โรงพยาบาล สถานที่ที่ทำการตรวจ หรือรักษาพยาบาล แพทย์
ผู้ทำการรักษา และคณะแพทย์ที่เกี่ยวข้องหรือบุคคลอื่นใด ซึ่งเคยให้การรักษาพยาบาลผู้เอาประกันภัย เพื่อ
เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลดังกล่าวทั้งหมดได้ตลอดไป ด้วยการกรอกใบรับรองแพทย์ หรือขอถ่ายประวัติ
การรักษาทั้งหมด เพื่อเปิดเผยประวัติการรักษา ทั้งในและต่างประเทศ ไม่ว่าประเทศดังกล่าวจะมีกฎหมายใน
ลักษณะ คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล หรือไม่ก็ตาม รวมทั้งขอให้ความยินยอมและมอบฉันทะ ให้สำนักทะเบียน
กลาง กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย หรือนายทะเบียนที่เกี่ยวข้อง เพื่อเปิดเผยข้อมูลและรับรองสำเนา
เกี่ยวกับบัตรประจำตัวประชาชน ภาพถ่ายลายมือชื่อ ทำสำเนาเกี่ยวกับมรณบัตร หนังสือรับรองการตาย ให้
บริษัท ไทยซัมซุง ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯ ดำเนินการตรวจสอบข้อมูลได้รับทราบโดย
ไม่มีข้อแม้ใดๆทั้งสิ้น ทั้งนี้ เพราะบริษัทฯ มีความประสงค์ต้องการเอกสารทางการแพทย์และข้อมูลทาง
ทะเบียนราษฎรดังกล่าว เพื่อนำไปประกอบการพิจารณาค่าสินไหมทดแทนได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และเป็น
ธรรมแก่ผู้เอาประกันภัยอีกทั้งช่วยสร้างความประทับใจและภาพพจน์ที่ดีต่อไป

ดังนั้น ข้าพเจ้าจึงทำหนังสือฉบับนี้ไว้ให้แก่บริษัทฯ เพื่อยืนยันว่าข้าพเจ้าได้ให้ความยินยอมด้วยใจ
สมัคร และมอบหมายให้บริษัทฯ หรือเจ้าหน้าที่ของบริษัทฯ ผู้มาติดต่อขอประวัติการรักษาและข้อมูลทาง
ทะเบียนราษฎรแทนข้าพเจ้าได้จนเสร็จการ หากเกิดความเสียหายจากการเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวข้าพเจ้าจะไม่
ถือว่าเป็นความผิดของโรงพยาบาลหรือสำนักทะเบียนกลาง หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แต่ประการใด อนึ่ง สำเนา
รูปถ่ายของใบมอบฉันทะฉบับนี้ ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความ
อนุเคราะห์จากท่านด้วยดี

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และขอขอบพระคุณในความร่วมมือนใจของท่านมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ ผู้ให้ความยินยอม

คำแนะนำ บุคคลซึ่งสามารถให้ความยินยอมให้ผู้ทำการตรวจรักษาผู้ตาย เปิดเผยประวัติและสำเนาบันทึกรักษาของโรงพยาบาล
หรือข้อมูลอื่นต่อบริษัท

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1. บุตรชอบด้วยกฎหมาย หรือบุตรบุญธรรม | 4. ผู้สืบสันดาน |
| 2. คู่สมรส (แนบทะเบียนสมรส) | 5. พี่น้องร่วมบิดา มารดา |
| 3. บิดา หรือ มารดา | 6. คณะกรรมการข้อมูลข่าวสารของทางราชการ |
- (แนบทหลักฐานสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน หรือสำเนาทะเบียนบ้านของผู้เซ็นยินยอม)

เขียนที่

วันที่

เรียน แพทย์ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล, แพทย์ที่เกี่ยวข้อง

หรือ เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง โรงพยาบาล.....

เรื่อง แจ้งความจำนงและ ให้ความยินยอมในการเปิดเผยประวัติ และขอรับประวัติการรักษา

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า นาย / นาง / น.ส.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล / แขวง.....
อำเภอ / เขต.....จังหวัด.....
บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่.....ขอมอบอำนาจให้
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล / แขวง.....
อำเภอ / เขต.....จังหวัด.....
บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่.....เป็นผู้รับมอบอำนาจตามกฎหมายของข้าพเจ้า
เพื่อขอรับประวัติการรักษาทั้งหมดของ ข้าพเจ้า หรือของ นาย/ นาง/ น.ส.ซึ่งเกี่ยวข้องกับ
เป็น บิดา มารดา คู่สมรส บุตร ของข้าพเจ้า จากสถานพยาบาลหรือแพทย์ผู้ทำการรักษา หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบในกรณีใดๆ ที่ผู้รับมอบอำนาจได้กระทำการตามที่ได้รับมอบหมายเสมือนหนึ่งว่า
ข้าพเจ้าได้กระทำการด้วยตนเองทุกประการ เพื่อเป็นหลักฐาน จึงได้ลงลายมือชื่อ ไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าพยาน

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)