

หนังสือมอบอำนาจ

เขียนที่.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า.....

อยู่บ้านเลขที่ ซอย ถนน

ตำบล / แขวง อำเภอ / เขต

จังหวัด ขอมอบอำนาจให้

เป็นผู้ดำเนินการ แทนข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าขอยอมรับผิดตามที่ผู้รับมอบอำนาจกระทำการไป เสมือนหนึ่งข้าพเจ้าได้กระทำการเองทุกประการ

เพื่อเป็นหลักฐาน ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยานเป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....ผู้มอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบอำนาจ

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

วันที่.....

เรื่อง อนุญาตให้เปิดเผยรายละเอียดการเจ็บป่วย

เรียน ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ด้วยข้าพเจ้าได้สมัครทำประกันชีวิตกับทางบริษัทกรุงเทพประกันชีวิต จำกัด และเนื่องจากข้าพเจ้าเคยป่วย และเข้ารับการตรวจรักษาที่ทางโรงพยาบาล ดังนั้น จึงใคร่ขอความกรุณาจากท่านโปรดให้รายละเอียดเกี่ยวกับการตรวจและการรักษาของข้าพเจ้าทั้งหมด โดยถ่ายสำเนาประวัติการรักษาหรือกรอกรายละเอียดลงในแบบฟอร์มที่แนบมาให้แก่ แพทย์ ของบริษัท กรุงเทพประกันชีวิต จำกัด ด้วยจักเป็นพระคุณยิ่ง

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และขอขอบคุณท่านมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

แนบ.

แพทย์ผู้ให้การรักษา

ชื่อสำนักงานแพทย์หรือโรงพยาบาล

สถานที่ติดต่อ

วัน เดือน ปีที่ได้รับการรักษาครั้งแรก

หมายเลขบัตรประจำตัวคนไข้