

เพื่อผลประโยชน์ของท่านกรมการออกข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์ พร้อมลงชื่อรับรองและลงที่ยินยอมเปิดเผยข้อมูลสุขภาพ โดยผู้เอาประกันภัย/ผู้ที่มีส่วนได้เสียเท่านั้น มิฉะนั้นบริษัทฯ อาจถือว่าการเรียกร้องนี้ยังไม่สมบูรณ์

### ส่วนที่ 1

วันที่ผู้เอาประกันภัยเข้าเป็นสมาชิก \_\_\_\_\_ กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มเลขที่ \_\_\_\_\_  
วันที่เริ่มสัญญาประกันภัย \_\_\_\_\_ หนังสือรับรองการประกันภัยกลุ่มเลขที่ \_\_\_\_\_ วันครบกำหนดสัญญา \_\_\_\_\_  
ผู้เอาประกันภัยมีหนี้สินค้างชำระหรือไม่  มี  ไม่มี  
ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้ถือกรมธรรม์/ ผู้รับประโยชน์หลัก  
( \_\_\_\_\_ )  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### ส่วนที่ 2

ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย \_\_\_\_\_ อายุ \_\_\_\_\_ ปี  
เลขประจำตัวประชาชน \_\_\_\_\_ เบอร์โทรศัพท์มือถือ \_\_\_\_\_  
ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก เลขที่ \_\_\_\_\_ หมู่ที่ \_\_\_\_\_ ตรอก/ซอย \_\_\_\_\_ ถนน \_\_\_\_\_ ตำบล/แขวง \_\_\_\_\_  
อำเภอ/เขต \_\_\_\_\_ จังหวัด \_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์ \_\_\_\_\_  
อาชีพ/ ลักษณะงานที่ทำ \_\_\_\_\_ สถานที่ทำงาน \_\_\_\_\_

### ส่วนที่ 3 ประเภทเรียกร้องกรณี สูญเสียอวัยวะ/ทุพพลภาพ

#### กรณีเกิดจากอุบัติเหตุ

วันที่เกิดอุบัติเหตุ \_\_\_\_\_ เวลา \_\_\_\_\_ สถานที่เกิดเหตุ \_\_\_\_\_  
สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา \_\_\_\_\_  
อาการ, ลักษณะบาดเจ็บ, ตำแหน่งที่บาดเจ็บอวัยวะที่สูญเสีย \_\_\_\_\_  
กฏหมายรายละเอียดการบาดเจ็บ ณ ปัจจุบัน \_\_\_\_\_  
เข้ารับการรักษาตัวตั้งแต่วันที่ \_\_\_\_\_ ถึงวันที่ \_\_\_\_\_

#### กรณีเกิดจากการเจ็บป่วย

วันที่เข้ารับการรักษา \_\_\_\_\_ วันที่ออกจากโรงพยาบาล \_\_\_\_\_  
สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา \_\_\_\_\_ โรคที่เข้ารับการรักษา \_\_\_\_\_  
อาการปัจจุบัน \_\_\_\_\_

### ส่วนที่ 4 วิธีการรับเงิน

ข้าพเจ้ามีความประสงค์  รับเงินที่สำนักงานใหญ่ ฝ่ายการตลาดสถาบัน 1,2

ขอรับเช็ค (ส่งตามที่อยู่ ที่ระบุข้างต้น)

โอนเงินเข้าบัญชี (แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีมาพร้อมนี้)

ต้องการให้บริษัทฯ แจ้งผลอนุมัติผ่านระบบ SMS

ไม่ต้องแจ้ง

แจ้งที่เบอร์โทรศัพท์มือถือ \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้เอาประกันภัย/ ผู้แทนโดยธรรม  
( \_\_\_\_\_ )  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

#### หนังสือให้ความยินยอมข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นในอนาคต เปิดเผยข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่บริษัท บริษัทประกันภัยต่อ การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบริษัท ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท เก็บ รวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ประวัติการรักษาพยาบาล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้วเห็นว่าการดำเนินการตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้เอาประกันภัย วันที่ \_\_\_\_\_ ลงชื่อ \_\_\_\_\_ พยาน ลงชื่อ \_\_\_\_\_ พยาน  
( \_\_\_\_\_ ) ความสัมพันธ์ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ )

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้ให้ความยินยอม ในฐานะ  บิดา/มารดา  ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

หมายเหตุ : \* กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ อายุไม่ถึง 7 ปีบริบูรณ์ ให้มารดา/บิดา หรือผู้ปกครองโดยชอบด้วยกฎหมาย ลงนามแทนผู้เยาว์พร้อมระบุความสัมพันธ์  
\*\* กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ อายุตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์ หรือยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้มารดา/บิดา หรือผู้ปกครองโดยชอบด้วยกฎหมาย ร่วมลงนามกับผู้เยาว์พร้อมระบุความสัมพันธ์  
\*\*\* กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ข้อควรทราบ : กรณียื่นเอกสารผ่านตัวแทน/ นายหน้าประกันชีวิตของบริษัทฯ เป็นเพียงการให้บริการ และอำนวยความสะดวก ในการรับส่งเอกสารเรียกร้องสินไหมเท่านั้น ตัวแทน/ นายหน้าประกันชีวิตไม่มีหน้าที่พิจารณาสินไหมแต่อย่างใด

ท่านสามารถศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทผู้รับประกันภัยโดย Scan QR Code และเลือกบริษัทประกันชีวิตที่ท่านใช้บริการ



### สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทฯ (สถาบัน 1 / สถาบัน 2)

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบเอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมแล้ว ขอรับรองว่าเป็นเอกสารต้นฉบับจริงและผู้เอาประกันภัยเกิดอุบัติเหตุ/ เจ็บป่วย และเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล ตามรายละเอียดข้างต้นจริง ขณะตรวจสอบผู้เอาประกันภัยมีอาการ

ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ ฝ่ายสินไหม โทรศัพท์ 1503 กด 2

ทะเบียนเลขที่ 0107555000210 สำนักงานใหญ่ 170/74-83 อาคารไอซีเอ็มทาวเวอร์ 1 ถนนรัชดาภิเษก เขตคลองเตย กทม. 10110  
www.ocean.co.th E-Mail: info@ocean.co.th ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1503 insas 0 2207 8822

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้ตรวจสอบเอกสาร  
( \_\_\_\_\_ )  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_