

สาขา _____ ชื่อผู้รับ _____ วันที่ _____

ส่วนที่ 1

เพื่อผลประโยชน์ของท่านกรมการออกข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์ พร้อมลงชื่อรับรองและลงชื่อยินยอมเปิดเผยข้อมูลสุขภาพ โดยผู้เอาประกันภัย/ ผู้ที่มีส่วนได้เสียเท่านั้น มิฉะนั้นบริษัท อาจถือว่าการเรียกร้องนี้ยังไม่สมบูรณ์

ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย _____ อายุ _____ ปี
เลขประจำตัวประชาชน _____ เบอร์โทรศัพท์มือถือ _____
ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____ ตำบล/แขวง _____
อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____
อาชีพ/ ลักษณะงานที่ทำ _____ สถานที่ทำงาน _____

เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ

ประเภทเรียกร้อง

ค่ารักษาพยาบาล ค่าชดเชยรายวัน ค่าชดเชยอุบัติเหตุ สูญเสียอวัยวะ/ ทูพลภาพ โรคภัยแรง

กรณีอุบัติเหตุ

วันที่เกิดอุบัติเหตุ _____ เวลา _____ สถานที่เกิดเหตุ _____
เกิดเหตุขึ้นอย่างไร _____ อาการ, ลักษณะบาดแผล, ตำแหน่งที่บาดเจ็บ _____
สถานพยาบาลที่รักษา _____

กรณีเจ็บป่วย

วันที่เข้ารับรักษา _____ วันที่ออก _____ สถานพยาบาลที่รักษา _____
เกิดเหตุขึ้นอย่างไร _____ โรคที่รักษา _____
ชื่อสถานพยาบาลทั้งหมดที่เคยตรวจรักษามาก่อน _____ ตั้งแต่ปี พ.ศ. _____

ผู้เอาประกันภัย

ข้าพเจ้ามีความประสงค์

รับเงินที่สำนักงานใหญ่, สาขา _____ เช็ค ส่งเช็คให้ข้าพเจ้าตามที่อยู่ _____

โอนเงินเข้าบัญชี (แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีมาพร้อมนี้) ชื่อบัญชี _____

เลขที่บัญชี _____ ธนาคาร _____ สาขา _____

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ _____ ผู้เอาประกันภัย/ ผู้แทนโดยธรรม
(_____)

ผู้เอาประกันภัย

หนังสือให้ความยินยอมข้อมูลส่วนบุคคล

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

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท เก็บ รวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ประวัติการรักษาพยาบาล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรรมสิทธิ์และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรรมสิทธิ์ประกันภัย

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ
ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้วเห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข 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



ส่วนที่ 2

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบเอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมแล้ว ขอรับรองว่าเป็นเอกสารต้นฉบับจริงและผู้เอาประกันภัยเกิดอุบัติเหตุ/ เจ็บป่วย และเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลตามรายละเอียดข้างต้นจริง ขณะตรวจสอบผู้เอาประกันภัยมีอาการ

ชื่อ-นามสกุล ตัวแทนเจ้าของเคลม _____ รหัสตัวแทน _____ เบอร์โทรศัพท์มือถือ _____

คำแนะนำการเรียกร้องสินไหมทดแทน

1. การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนเป็นหน้าที่ของผู้เอาประกันภัยที่จะต้องเป็นผู้เรียกร้องสินไหม และลงลายมือชื่อในหนังสือเรียกร้องสินไหมรวมถึงลงลายมือชื่อยินยอมในการเปิดเผยประวัติด้วยตนเอง เว้นแต่
 - 1.1 ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ สามารถให้ผู้ปกครองดำเนินการแทนได้
 - 1.2 ผู้เอาประกันภัยไม่สามารถลงชื่อได้ ให้พิมพ์ลายนิ้วมือ โดยมีพยานลงชื่อรับรองลายพิมพ์นิ้วมือ อย่างน้อย 2 คน
 - 1.3 ผู้เอาประกันภัยเป็นผู้ไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ ให้ผู้แทนโดยชอบธรรมดำเนินการแทน
2. เอกสารประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
 - 2.1 การเรียกร้องค่ารักษาพยาบาล/ค่าชดเชยรายวัน/ค่าชดเชยอุบัติเหตุ
 - (1) แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
 - (2) ใบรับรองแพทย์ตามแบบฟอร์มบริษัท
 - (3) ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับและใบสรุปหน้าจบ กรณีเบิกค่าชดเชยรายวัน หากไม่มีใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ สามารถใช้สรุปหน้าจบ หรือสำเนาใบเสร็จรับเงินทดแทนได้
 - (4) สำเนาบัตรประชาชน เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง
 - (5) สำเนาบันทกประจำวันที่เกี่ยวกับคดี ที่ได้รับรองสำเนาถูกต้องจากเจ้าหน้าที่ตำรวจ (กรณีการเกิดเหตุที่ต้องมีการแจ้งความ)
 - 2.2 การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน กรณีเจ็บป่วยโรคร้ายแรงตามสัญญาที่ให้ความคุ้มครองโรคร้ายแรง เพิ่ม รายงานผลตรวจชิ้นเนื้อ หรือ รายงานการตรวจด้วยวิธี MRI / CT Scan / X-ray แล้วแต่กรณี
 - 2.3 การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน กรณีกระดูกแตกหัก เพิ่ม ใบรายงานผลจากรังสีแพทย์
 - 2.4 การเรียกร้องกรณีสูญเสียอวัยวะ และทุพพลภาพ
 - (1) แบบเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน
 - (2) ใบรับรองแพทย์ (กรณีทุพพลภาพ)
 - (3) รูปถ่ายอวัยวะที่สูญเสียประกอบการพิจารณาสินไหม (ถ้ามี)
 - (4) สำเนาบัตรประชาชน เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง
 - (5) สำเนาบันทกประจำวันที่เกี่ยวกับคดี ที่ได้รับรองสำเนาถูกต้องจากเจ้าหน้าที่ตำรวจ (กรณีการเกิดเหตุที่ต้องมีการแจ้งความ)
 - 2.5 เอกสารประกอบการเรียกร้องที่เป็นภาษาต่างประเทศ ที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษจะต้องได้รับการแปลเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ โดยหน่วยงานของรัฐหรือสถานประกอบการที่ได้รับการรับรองและถือเป็นค่าใช้จ่ายของผู้เอาประกันภัย

หมายเหตุ เอกสารที่เป็นสำเนาให้ลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องจากผู้เอาประกันภัย หรือหน่วยงานที่ออกเอกสารนั้น กรณีที่จำเป็นต้อง ใช้เอกสารอื่นเพิ่มเติมจากที่ได้ระบุไว้ข้างต้น บริษัทฯ จะมีหนังสือแจ้งให้ดำเนินการเป็นกรณีไป

ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ ฝ่ายสินไหม โทรศัพท์ 1503 กด 2

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