บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
OCEAN LIFE INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED
สำนักงานใหญ่ 170/74-83 อาคารโอเชี่ยนทาวเวอร์ 1 ถนนรัชดาภิเษก เขตคลองเตย กทม. 10110
www.ocean.co.th E-Mail: info@ocean.co.th ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1503 โทรสาร 0 2207 8822

สำหรับขั้นตอนการเรียกร้อง
สินไหมทดแทนตามกรมธรรม์

หนังสือให้ความยินยอมเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้า (ชื่อ-นามสกุล) _____

ในฐานะ ผู้เอาประกันภัยตามกรมธรรม์ประกันภัย เลขที่ _____

เลขประจำตัวประชาชน ☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐

☐ **ยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย**

ข้าพเจ้าและ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรมยินยอมให้สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (สำนักงาน คปภ.) เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัยของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต ทั้งที่เป็นข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปและข้อมูลส่วนบุคคลอ่อนไหวแก่บริษัท เพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบข้อมูลของลูกค้าที่แถลงในใบคำขอเอาประกันภัย การจ่ายเงินหรือค่าสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย รายละเอียดการเปิดเผยเป็นไปตามนโยบายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของสำนักงาน คปภ. รวมทั้งหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่สำนักงาน คปภ. กำหนด ตามที่ปรากฏบนเว็บไซต์ www.oic.or.th

ทั้งนี้ ผู้เอาประกันภัยและ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรมเข้าใจดีว่า หากผู้เอาประกันภัยและ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรมเพิกถอนความยินยอมนี้ อาจจะมีผลกระทบต่อการจ่ายเงินหรือค่าสินไหมทดแทนตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการให้บริการใดๆ อันจะส่งผลให้บริษัทไม่สามารถปฏิบัติตามเงื่อนไขในกรมธรรม์ประกันภัยได้

☐ **ไม่ยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย**

เขียนที่ _____ วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ลงชื่อ _____ ลงชื่อ _____

(_____) (_____)

พยาน/ตัวแทนประกันชีวิต ผู้เอาประกันภัย

ลงชื่อ _____ ลงชื่อ _____

(_____) (_____)

พยาน ผู้ให้ความยินยอมในฐานะ
ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย
(กรณีผู้เอาประกันภัย ยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

สำหรับเจ้าหน้าที่

สินไหมเลขที่ _____

สินไหมเลขที่ _____

สินไหมเลขที่ _____

สินไหมเลขที่ _____

บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
OCEAN LIFE INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

แบบเรียกร้องสินไหมทดแทน

สาขา _____ ชื่อผู้รับ _____ วันที่ _____

ส่วนที่ 1

เพื่อผลประโยชน์ของท่านกรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์ พร้อมลงชื่อรับรองและลงชื่อยินยอมเปิดเผยข้อมูลสุขภาพ โดยผู้เอาประกันภัย/ผู้ที่มีส่วนได้เสียเท่านั้น มิฉะนั้นบริษัทฯ อาจถือว่าการเรียกร้องนี้ยังไม่สมบูรณ์

ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย _____ อายุ _____ ปี

เลขประจำตัวประชาชน _____ เบอร์โทรศัพท์มือถือ _____

ที่อยู่ที่ติดต่อได้สะดวก เลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____ ตำบล/ แขวง _____

อำเภอ/ เขต _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____

อาชีพ/ ลักษณะงานที่ทำ _____ สถานที่ทำงาน _____

ประเภทเรียกร้อง เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ

☐ ค่ารักษาพยาบาล ☐ ค่าชดเชยรายวัน ☐ ค่าชดเชยอุบัติเหตุ ☐ สูญเสียอวัยวะ/ ทุพพลภาพ ☐ โรคร้ายแรง

กรณีอุบัติเหตุ

วันที่เกิดอุบัติเหตุ _____ เวลา _____ สถานที่เกิดเหตุ _____

เกิดเหตุขึ้นอย่างไร _____ อาการ, ลักษณะบาดแผล, ตำแหน่งที่บาดเจ็บ _____

สถานพยาบาลที่รักษา _____

กรณีเจ็บป่วย

วันที่เข้ารักษา _____ 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 ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต เปิดเผยข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่บริษัท บริษัทประกันภัยต่อ การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบริษัท ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท เก็บ รวบรวม ใช้ หรือเปิดเผย ประวัติการรักษาพยาบาล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือต่อบริษัทประกันภัยอื่น บริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

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 และอำนวยความสะดวกในการรับส่งเอกสารเรียกร้องสินไหมเท่านั้น ตัวแทน/ นายหน้าประกันชีวิตไม่มีหน้าที่พิจารณาสินไหมแต่อย่างใด

ท่านสามารถศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทผู้รับประกันภัยโดย Scan QR Code และเลือกบริษัทประกันชีวิตที่ท่านใช้บริการ

ส่วนที่ 2 ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบเอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมแล้ว ขอรับรองว่าเป็นเอกสารต้นฉบับจริงและผู้เอาประกันภัยเกิดอุบัติเหตุ/ เจ็บป่วย และเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลตามรายละเอียดข้างต้นจริง ขณะตรวจสอบผู้เอาประกันภัยมีอาการ

ชื่อ-นามสกุล ตัวแทนเจ้าของเคส _____ 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) ใบรับรองแพทย์ตามแบบฟอร์มบริษัทฯ
      (3) ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับและใบสรุปหน้างบ กรณีเบิกค่าชดเชยรายวัน หากไม่มีใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ สามารถใช้สรุปหน้างบ หรือสำเนาใบเสร็จรับเงินทดแทนได้
      (4) สำเนาบัตรประชาชน เซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง
      (5) สำเนาบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดี ที่ได้รับรองสำเนาถูกต้องจากเจ้าหน้าที่ตำรวจ (กรณีการเกิดเหตุที่ต้องมีการแจ้งความ)
   2.2 การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน กรณีเจ็บป่วยโรคร้ายแรงตามสัญญาที่ให้ความคุ้มครองโรคร้ายแรง เพิ่ม รายงานผลตรวจชิ้นเนื้อหรือ 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 เซ็นรับรองสำเนาถูกต้อง
      (5) สำเนาบันทึกประจำวันเกี่ยวกับคดี ที่ได้รับรองสำเนาถูกต้องจากเจ้าหน้าที่ตำรวจ (กรณีการเกิดเหตุที่ต้องมีการแจ้งความ)
   2.5 เอกสารประกอบการเรียกร้องที่เป็นภาษาต่างประเทศ ที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษจะต้องได้รับการแปลเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ โดยหน่วยงานของรัฐหรือสถาบันการแปลที่ได้รับการรับรองและถือเป็นค่าใช้จ่ายของผู้เอาประกันภัย

หมายเหตุ เอกสารที่เป็นสำเนาให้ลงลายมือชื่อรับรองสำเนาถูกต้องจากผู้เอาประกันภัย หรือหน่วยงานที่ออกเอกสารนั้น กรณีที่จำเป็นต้อง ใช้เอกสารอื่นเพิ่มเติมจากที่ได้ระบุไว้ข้างต้น บริษัทฯ จะมีหนังสือแจ้งให้ดำเนินการเป็นกรณีไป

ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ ฝ่ายสินไหม โทรศัพท์ 1503 กด 2

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