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

Admission Notification Form (All Cases)

Hospital Name : _____ Company Name : _____

☐ Individual Insurance ☐ Group Insurance

Part A

สำหรับผู้เอาประกันภัย

1. ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย : _____ เพศ :☐ชาย☐หญิง เลขประจำตัวประชาชน : _____
   วันเดือนปี เกิด : _____ อายุ : _____ ปี _____ เดือน อาชีพ : _____
   โทรศัพท์มือถือ : _____ โทรศัพท์บ้าน : _____ อีเมล : _____
   ที่อยู่ปัจจุบัน : _____
2. กรมธรรม์เลขที่ : _____ ใบรับรองเลขที่ (ถ้ามี) _____
   มีกรมธรรม์บริษัทประกันอื่นๆ หรือไม่ ☐ ไม่มี ☐มี บริษัท : _____ กรมธรรม์เลขที่ : _____
3. สาเหตุของการเรียกร้องครั้งนี้
   ☐เจ็บป่วย อาการ : ระยะเวลาของอาการก่อนที่ จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ : _____
   สถานพยาบาลที่เคยรักษาก่อนที่จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ : _____ วันที่เข้ารับการรักษา : _____
   ☐บาดเจ็บ วันที่ได้รับบาดเจ็บ : _____ เวลา : _____ สถานที่เกิดเหตุ : _____
   สาเหตุของการบาดเจ็บ: _____
   ลักษณะบาดแผล ขนาด และตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ : _____
4. สำหรับการเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้ เคยรักษาที่ใดหรือไม่☐ไม่เคยรักษาที่ใด ☐เคยรักษาที่ _____ เมื่อ : _____
   โดยชำระเงินเองหรือใช้สิทธิค่ารักษาผ่านโรงพยาบาลไปแล้วเป็นเงิน _____ บาท

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในครั้งนี้หรือครั้งที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือผู้ถือกรมธรรม์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยหรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

กรณีที่เรียกร้องสินไหมผ่านโรงพยาบาล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษานี้ โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายชดเชยค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาลใด ๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรงเอง และ ข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทจะขอสงวนสิทธิ์ตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาลหากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขข้อยกเว้นของกรมธรรม์ประกันภัย แม้บริษัทจะได้ให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีนี้ หากบริษัทได้สำรองจ่ายค่ารักษา ให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้วข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับคำบอกกล่าวจากบริษัท

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

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

ลงชื่อ _____ ผู้เอาประกันภัย วันที่ _____ ลงชื่อ _____ พยาน ลงชื่อ _____ พยาน
(_____) ความสัมพันธ์ _____ (_____) (_____)

ลงชื่อ _____ ผู้ให้ความยินยอม ในฐานะ ☐ บิดา/มารดา
☐ ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับผลประโยชน์ (กรณีผู้รับผลประโยชน์ยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ท่านสามารถศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทผู้รับประกันภัยโดย Scan QR Code และเลือกบริษัทประกันชีวิตที่ท่านใช้บริการ

For Hospital

1. Visit date : _____ Time : _____ Vital signs : T : _____ P : _____ R : _____ BP : _____
2. Chief complaint and duration : _____
3. Present illness or cause of injury : _____
4. Physical exam : _____
5. Previous treatment for this illness or injury (Date & Place) : _____
6. Is the illness related to : (please tick☐ if yes)
   - ☐ Pregnancy / Childbirth / Infertility / Caesarean section / Miscarriage
   - ☐ Nervous / Mental / Emotional / Sleeping disorder
   - ☐ Cosmetic reason / Dental care / Refractive errors correction
   - ☐ An accident; Date of accident :
   - ☐ Congenital / Hereditary disease
   - ☐ Influence of Drugs / Alcohol
   - ☐ AIDS
   - ☐ Time :
7. Underlying condition : _____
8. Provisional diagnosis : _____
9. Can the condition be managed under Out Patient basis ☐ Yes ☐ No
   (If No please provide more information) _____
10. Reasons of admission _____
11. Plan of treatment _____

Physician's name _____ Medical license No _____ Specialty _____
(_____) Date _____

Admission Notification Form

Part B

Medical certification

Patient's Name : _____ Sex ☐ Male ☐ Female HN : _____ AN : _____ Age _____ year(s) _____ month(s)

Admission Date : _____ Time : _____ Discharge Date : _____ Time : _____ Consultation Date : _____

1. For Illness

a) Date you first saw this patient for this illness : _____

b) Chief complaint and duration of symptom(s) :

2. For Injury

a) Date of injury _____ Time: _____

b) Cause of injury _____

c) Details of injury _____

d) Did you smell alcohol from the patient?

( ) No ( ) Not known

( ) Yes, blood alcohol test (if any) = _____ mg%

e) Level of consciousness ( ) Normal ( ) Confusion

( ) Drowsiness ( ) Semi-coma ( ) Coma

f) Estimated time for recovery _____

3. Did the patient need to be admitted to hospital? ( ) No ( ) Yes, indication for admission _____

4. Vital signs : T _____ P _____ R _____ BP _____

5. Pertinent Clinical findings (Symptoms & Signs) _____

6. Investigation & Result (Lab, EKG, X – ray, etc.) _____

7. HIV Test ( ) No ( ) Yes, Result : _____ Date performed : _____

8. Underlying disease: _____

9. Diagnosis 1 : _____ ICD10-TM : _____

Diagnosis 2 : _____ ICD10-TM : _____

Diagnosis 3 : _____ ICD10-TM : _____

10. Treatment : _____

11. Surgery/Operation : _____ ICD9-CM : _____ Date performed : _____

Anaesthesia Type : ( ) General Anaesthesia ( ) Spinal Anaesthesia ( ) Local Anaesthesia ( ) Others _____

12. Pathological report : _____

13. Complications (if any) : _____

14. Is the illness related to alcohol, drug abuse or addiction? ( ) No ( ) Yes, please specify _____

15. For Female: Is the patient pregnant? ( ) No ( ) Yes, gestational age _____ weeks _____

Was the treatment related to infertility? ( ) No ( ) Yes, please specify _____

16. Has patient ever been treated by another doctor before? ( ) No ( ) Yes, please give name and address _____

17. Was the illness/injury contributed to or influenced by any of the following

a) Physical defects/congenital anomaly ( ) No ( ) Yes

b) Degenerative change(s) ( ) No ( ) Yes

18. Others past medical history

Date	Signs & Symptoms	Diagnosis	Treatment	Hospital

19. Other comments about the injury / illness _____

I, hereby certify that I have personally examined and treated the insured in connection with the disability and that the facts are in my opinion as given above. Physician's signature

Physician's signature _____ Medical specialty : _____ Thai Medical license no : _____

(_____) Tel no : _____ Date : _____

Medical institute : _____ Address : _____

Remark : Doctor who issue this report must be a doctor who is licensed to practice medicine and correctly registered by the Thai Medical Council