



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

- ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย : _____ เพศ : ☐ ชาย ☐ หญิง เลขประจำตัวประชาชน : _____
วันเดือนปีเกิด : _____ อายุ : _____ ปี เดือน _____ อาชีพ : _____
โทรศัพท์มือถือ : _____ โทรศัพท์บ้าน : _____ อีเมล : _____
ที่อยู่ปัจจุบัน : _____
- กรมธรรม์เลขที่ : _____ ใบรับรองเลขที่ (ถ้ามี) _____
มีกรมธรรม์บริษัทประกันอื่น ๆ หรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี บริษัท : _____ กรมธรรม์เลขที่ : _____
- สาเหตุของการเรียกร้องครั้งนี้
☐ เจ็บป่วย อาการ : _____ ระยะเวลาของอาการก่อนที่จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ : _____
สถานพยาบาลที่เคยรักษาก่อนที่จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ : _____ วันที่เข้ารับการรักษา : _____
☐ บาดเจ็บ วันที่ได้รับบาดเจ็บ : _____ เวลา : _____ สถานที่เกิดเหตุ : _____
สาเหตุของการบาดเจ็บ : _____
ลักษณะบาดเจ็บ ขนาด และตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ : _____
- สำหรับการเกิดอุบัติเหตุครั้งนี้ เคยรักษาที่ใดหรือไม่ ☐ ไม่เคยรักษาที่ใด ☐ เคยรักษาที่ _____ เมื่อ : _____
โดยชำระเงินเองหรือใช้สิทธิการรักษาผ่านโรงพยาบาลไปแล้วเป็นเงิน _____ บาท

หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้ความยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันชีวิตอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าในครั้งนั้นหรือครั้งที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือผู้ถือกรมธรรม์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกรมธรรม์ประกันภัย

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

กรณีที่เรียกร้องสินไหมผ่านโรงพยาบาล ข้าพเจ้ายินยอมและตกลงให้ บริษัทจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่สถานพยาบาลที่ข้าพเจ้าได้เข้ารับการรักษา โดยถือเสมือนหนึ่งบริษัทได้จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้แก่ข้าพเจ้าโดยชอบแล้วตามข้อกำหนดและเงื่อนไขแห่งกรมธรรม์ประกันภัย ทั้งนี้ ค่ารักษาพยาบาลใด ๆ ที่อยู่นอกเหนือความคุ้มครองของกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าจะเป็นผู้ชำระให้แก่สถานพยาบาลโดยตรง และ ข้าพเจ้าเข้าใจเป็นอย่างดีว่า บริษัทจะขอส่งหนังสือตามข้อตกลงในโครงการชำระค่ารักษาพยาบาลผ่านโรงพยาบาล หากตรวจสอบพบว่าการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุของข้าพเจ้าอยู่ภายใต้เงื่อนไขของกรมธรรม์ประกันภัย แม้บริษัทจะให้ความเห็นชอบในการรับตัวไว้เป็นผู้ป่วยในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ในกรณีนี้ หากบริษัทได้สำรองจ่ายค่ารักษา ให้แก่สถานพยาบาลแทนข้าพเจ้าไปแล้วข้าพเจ้ายินยอมที่จะชำระเงินทั้งสิ้นคืนแก่บริษัทภายใน 7 วันนับจากวันที่ได้รับคำบอกกล่าวจากบริษัท

อนึ่ง ข้าพเจ้าในหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามิผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

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

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

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