

สาขา \_\_\_\_\_ ชื่อผู้รับ \_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_

ส่วนที่ 1

เพื่อผลประโยชน์ของท่านกรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์ พร้อมลงชื่อรับรองและลงชื่อยินยอมเปิดเผยข้อมูลสุขภาพ โดยผู้เอาประกันภัย/ ผู้ที่มีส่วนได้เสียเท่านั้น มิฉะนั้นบริษัทฯ อาจถือว่าการเรียกร้องนี้ยังไม่สมบูรณ์

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

ประเภทเรียกร้อง

เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ

ค่ารักษาพยาบาล  ค่าชดเชยรายวัน  ค่าชดเชยอุบัติเหตุ  สูญเสียอวัยวะ/ ทูพพลภาพ  โรคภัยแรง

กรณีอุบัติเหตุ

วันที่เกิดอุบัติเหตุ \_\_\_\_\_ เวลา \_\_\_\_\_ สถานที่เกิดเหตุ \_\_\_\_\_  
เกิดเหตุขึ้นอย่างไร \_\_\_\_\_ อาการ, ลักษณะบาดแผล, ตำแหน่งที่บาดเจ็บ \_\_\_\_\_  
กรมการบรรยายละเอียดการบาดเจ็บในปัจจุบัน \_\_\_\_\_

กรณีเจ็บป่วย

วันที่เข้ารับรักษา \_\_\_\_\_ วันที่ออกจาก \_\_\_\_\_ สถานพยาบาลที่รักษา \_\_\_\_\_  
เกิดเหตุขึ้นอย่างไร \_\_\_\_\_ โรคที่รักษา \_\_\_\_\_  
ชื่อสถานพยาบาลทั้งหมดที่เคยตรวจรักษามาก่อน \_\_\_\_\_ ตั้งแต่ปี พ.ศ. \_\_\_\_\_

ผู้เอาประกันภัย

ข้าพเจ้ามีความประสงค์

รับเงินที่สำนักงานใหญ่, สาขา \_\_\_\_\_  เช็ค ส่งเช็คให้ข้าพเจ้าตามที่อยู่ \_\_\_\_\_  
 โอนเงินเข้าบัญชี (แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีมาพร้อมนี้) ชื่อบัญชี \_\_\_\_\_  
เลขที่บัญชี \_\_\_\_\_ ธนาคาร \_\_\_\_\_ สาขา \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ  
ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้เอาประกัน/ ผู้แทนโดยธรรม  
( \_\_\_\_\_ )  
ผู้เอาประกัน

วันที่ \_\_\_\_\_  
 ให้บริษัทฯ แจ้งผลอนุมัติผ่าน SMS  
โทรศัพท์มือถือเบอร์ \_\_\_\_\_  
 ให้บริษัทฯ คืนเอกสารใบเสร็จค่ารักษา/  
ใบรับรองแพทย์แก่ข้าพเจ้า

การให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต เปิดเผยและส่งมอบข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าให้แก่บริษัทฯ ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัทฯ หรือผู้แทนของบริษัทฯ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัทฯ เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัทฯ บุคคลากรหรือผู้แทนของบริษัทฯ เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกรมธรรม์ประกันภัย ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัทฯ ทุกประการ

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ พยาน \_\_\_\_\_ ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้เอาประกัน/ ผู้แทนโดยธรรม  
( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ )  
ลงชื่อ \_\_\_\_\_ พยาน \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ )

ข้อควรทราบ : กรณียื่นเอกสารผ่านตัวแทน/ นายหน้าประกันชีวิตของบริษัทฯ เป็นเพียงการให้บริการ และอำนวยความสะดวกในการรับส่งเอกสารเรียกร้องสินไหมเท่านั้น ตัวแทน/ นายหน้าประกันชีวิตไม่มีหน้าที่พิจารณาสินไหมแต่อย่างใด

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) ใบรับรองแพทย์ตามแบบฟอร์มบริษัท
    - (3) ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับและใบสรุปหน้าจบ กรณีเบิกค่าชดเชยรายวัน หากไม่มีใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ สามารถใช้สรุปหน้าจบ หรือสำเนาใบเสร็จรับเงินทดแทนได้
    - (4) สำเนาบัตรประชาชน เช่นรับรองสำเนาถูกต้อง
    - (5) สำเนาบันทกประจำวันที่เกี่ยวกับคดี ที่ได้รับรองสำเนาถูกต้องจากเจ้าหน้าที่ตำรวจ (กรณีการเกิดเหตุที่ต้องมีการแจ้งความ)
  - 2.2 การเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน กรณีเจ็บป่วยโรคภัยแรงตามสัญญาที่ให้ความคุ้มครองโรคภัยแรง 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 โทรศัพท 0 2207 8888 กด 2

ทะเบียนเลขที่ 0107555000210 สำนักงานใหญ่ 170/74-83 อาคารโอเชียนทาวเวอร์ 1 ถนนรัชดาภิเษก เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110  
www.ocean.co.th E-mail : info@ocean.co.th ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 0 2207 8888 โทรสาร 0 2207 8822