

เพื่อผลประโยชน์ของท่านกรณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์ พร้อมลงชื่อรับรองและลงชื่อยินยอมเปิดเผยข้อมูลสุขภาพ โดยผู้เอาประกันภัย/  
ผู้ที่มีส่วนได้เสียเท่านั้น มิฉะนั้นบริษัทฯ อาจถือว่าการเรียกร้องนี้ยังไม่สมบูรณ์

### ส่วนที่ 1

วันที่ผู้เอาประกันภัยเข้าเป็นสมาชิก \_\_\_\_\_ กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มเลขที่ \_\_\_\_\_  
วันที่เริ่มสัญญาประกันภัย \_\_\_\_\_ หนังสือรับรองการประกันภัยกลุ่มเลขที่ \_\_\_\_\_ วันครบกำหนดสัญญา \_\_\_\_\_  
ผู้เอาประกันภัยมีหนี้สินค้างชำระหรือไม่  มี  ไม่มี  
ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้ถือกรมธรรม์/ ผู้รับประโยชน์หลัก  
( \_\_\_\_\_ )  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### ส่วนที่ 2

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

### ส่วนที่ 3

#### ประเภทเรียกร้องกรณี สูญเสียอวัยวะ/ทุพพลภาพ

##### กรณีเกิดจากอุบัติเหตุ

วันที่เกิดอุบัติเหตุ \_\_\_\_\_ เวลา \_\_\_\_\_ สถานที่เกิดเหตุ \_\_\_\_\_  
สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา \_\_\_\_\_  
อาการ, ลักษณะบาดแผล, ตำแหน่งที่บาดเจ็บอวัยวะที่สูญเสีย \_\_\_\_\_  
กฏหมายระบุรายละเอียดการบาดเจ็บ ณ ปัจจุบัน \_\_\_\_\_  
เข้ารับการรักษาตัวตั้งแต่วันที่ \_\_\_\_\_ ถึงวันที่ \_\_\_\_\_

##### กรณีเกิดจากการเจ็บป่วย

วันที่เข้ารับการรักษา \_\_\_\_\_ วันที่ออกจากโรงพยาบาล \_\_\_\_\_  
สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา \_\_\_\_\_ โรคที่เข้ารับการรักษา \_\_\_\_\_  
อาการปัจจุบัน \_\_\_\_\_

### ส่วนที่ 4

#### วิธีการรับเงิน

- ข้าพเจ้ามีความประสงค์  รับเงินที่สำนักงานใหญ่ ฝ่ายการตลาดสถาบัน 1, 2  
 ขอรับเช็ค (ส่งตามที่อยู่ที่ระบุข้างต้น)  
 โอนเงินเข้าบัญชี (แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีมาพร้อมนี้)

ต้องการให้บริษัทฯ แจ้งผลอนุมัติผ่านระบบ SMS  ไม่ต้องแจ้ง  แจ้งที่เบอร์โทรศัพท์มือถือ \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

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

#### หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัทตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือผู้ถือกรมธรรม์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยหรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พหุติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อบุคคล ที่เกี่ยวข้องตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรรมสิทธิ์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามิผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนารมณ์ของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

**หมายเหตุ :** \* กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์

\*\* กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ผู้เอาประกันภัย : \_\_\_\_\_ วันที่ : \_\_\_\_\_ พยาน : \_\_\_\_\_ พยาน : \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ ) ความสัมพันธ์ : \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ )

ผู้ให้ความยินยอม : \_\_\_\_\_ ในฐานะ  บิดา/มารดา

ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เอาประกันภัย (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

**ข้อควรทราบ :** กรณียื่นเอกสารผ่านตัวแทน/ นายหน้าประกันชีวิตของบริษัทฯ เป็นเพียงการให้บริการ และอำนวยความสะดวก ในการรับส่งเอกสารเรียกร้องสินไหมเท่านั้น ตัวแทน/ นายหน้าประกันชีวิตไม่มีหน้าที่พิจารณาสินไหมแต่อย่างใด

#### สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทฯ (สถาบัน 1 / สถาบัน 2)

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบเอกสารประกอบการเรียกร้องสินไหมแล้ว ขอรับรองว่าเป็นเอกสารต้นฉบับจริงและผู้เอาประกันภัยเกิดอุบัติเหตุ/ เจ็บป่วย และเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลตามรายละเอียดข้างต้นจริง ขณะตรวจสอบผู้เอาประกันภัยมีอาการ \_\_\_\_\_

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้ตรวจสอบเอกสาร

( \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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