



บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

OCEAN LIFE INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

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

บันทึกปากคำผู้เอาประกัน

ข้าพเจ้า.....ผู้เอาประกันแบบ
.....ตามกรมธรรม์เลขที่.....ระยะเวลาเอาประกัน..... /..... ปี

ชำระเบี้ยประกันเดือนละ.....บาท จำนวนเงินเอาประกัน..... บาท
เริ่มสัญญาเมื่อ.....ขอให้ถ้อยคำรายละเอียดเกี่ยวกับการขอเอาประกันเพิ่มเติมดังนี้

1. ผู้เอาประกันได้ใช้บริการต่าง ๆ เหล่านี้ คือ (โปรดแจ้งชื่อ) ธนาคาร.....
บริษัทประกันภัย.....โรงพยาบาล.....
สุขาภิบาล.....สุขาสถา หรือคลินิก.....
2. เหตุใดจึงไม่ยกประโยชน์ให้แก่ บิดา มารดา สามิ ภรรยา หรือ บุตรธิดา.....
3. ผู้เอาประกันชำระเบี้ยประกันด้วยตนเองใช่หรือไม่.....ถ้าไม่ใช่ ใครเป็นผู้ชำระเบี้ยประกันให้
เพราะเหตุใด.....
4. ผู้ชำระเบี้ยประกันตั้งใจจะชำระเบี้ยประกันให้ตลอดไปหรือไม่.....
5. ผู้เอาประกัน กับผู้ชำระเบี้ยประกัน มีอุปการะกันในฐานะเช่นไร.....
6. ผู้เอาประกัน กับผู้รับประโยชน์ที่ไม่ใช่บุคคลตามข้อที่ 2. มีอุปการะกันในฐานะเช่นไร (โปรดชี้แจงโดย
ละเอียด).....
7. ผู้รับประโยชน์ที่ไม่ใช่บุคคลตามข้อ 2. มีอาชีพอะไร อายุเท่าใด และมีฐานะความเป็นอยู่อย่างไร (โปรดชี้แจง
โดยละเอียด).....
8. ขณะนี้ผู้เอาประกันมีสุขภาพสมบูรณ์ดีหรือไม่.....
9. ผู้เอาประกันเคยป่วยเป็น โรคอะไรบ้าง และป่วยเป็นเวลานานเท่าใดแล้ว.....
10. ผู้เอาประกันได้เข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลแห่งใด (โปรดระบุสถานที่ และเวลาที่เข้ารับการรักษา).....
11. ผู้เอาประกันมีส่วนใดของร่างกายพิการหรือไม่ ถ้ามี เนื่องจากสาเหตุอะไร และเป็นเวลานานเท่าใดแล้ว
(โปรดแจ้งโดยละเอียด-ชัดเจน).....
12. ผู้เอาประกันต้องใช้ยารักษา หรือใช้อุปกรณ์อื่นใดช่วยในการดำรงชีพหรือไม่ และได้เริ่มใช้มาแล้วตั้งแต่
เมื่อใด (โปรดแจ้งโดยละเอียด).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยคำที่ให้ไว้ทั้งหมดข้างต้นนี้ เป็นความจริงทุกประการ

เอกสารฉบับนี้ทำขึ้นที่.....ลงชื่อ.....ผู้ให้ถ้อยคำ

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จดบันทึก
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.