



สำนักงานใหญ่ เลขที่ 170/74-83 อาคารโอเชียนทาวเวอร์ 1 ถนนรัชดาภิเษก เขตคลองเตย กทม. 10110
โทรศัพท์ / 0-2207 8888 โทรสาร 0 2207 8822 E-Mail: info@ocean.co.th Website: www.ocean.co.th

ใบนำส่งเอกสารเรียกร้องสินไหมทดแทนกรณีประกันชีวิตกลุ่ม/ประกันอุบัติเหตุกลุ่ม/ประกันสินเชื่อ

ชื่อสำนักงานตัวแทน/Broker _____ ที่อยู่ / อาคาร _____

หมายเลขโทรศัพท์/โทรสาร _____

ชื่อผู้เสียชีวิต _____ ชื่อนายจ้าง / องค์กร _____

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ _____

เอกสารที่ต้องส่งทุกกรณี (ชัด ✓ ใน เฉพาะรายการที่ส่งมา)

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. สำเนาใบมรณบัตรของผู้เอาประกันภัย | <input type="checkbox"/> |
| 2. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัย ซึ่งประทับตรา " ดาย " | <input type="checkbox"/> |
| 3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกัน | <input type="checkbox"/> |
| 4. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ทุกราย | <input type="checkbox"/> |
| 5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับประโยชน์ทุกราย | <input type="checkbox"/> |
| 6. แบบเรียกร้องสินไหมทดแทน ลงนามโดยผู้รับประโยชน์ทุกคน
กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ให้บิดาหรือมารดาหรือผู้ปกครองผู้เยาว์
ตามคำสั่งศาลลงนามด้วย หรือกรณีผู้รับประโยชน์เป็น นิติบุคคล/นายจ้าง
ลงนามโดยผู้มีอำนาจกระทำการแทนบุคคลดังกล่าวพร้อมประทับตราสำคัญ | <input type="checkbox"/> |

เอกสารที่ต้องส่งตามแบบประกัน

แบบประกัน GH ,GL,GA

- | | |
|---|--------------------------|
| 7. หนังสือรับรองการเป็นพนักงานโดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับ วันเข้าทำงาน
ตำแหน่งงาน เงินเดือนปัจจุบัน วันพ้นสภาพการเป็นพนักงาน พร้อมระบุสาเหตุ
การพ้นสภาพ ลงนามและประทับตราโดยผู้มีอำนาจของบริษัทฯ | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|

แบบประกัน GU

- | | |
|---|--------------------------|
| 8. หนังสือรับรองการเป็นสมาชิกของกลุ่มสหกรณ์/กองทุนโดยแจ้งรายละเอียด
เกี่ยวกับวันที่เริ่มเป็นสมาชิก วันที่พ้นสภาพการเป็นสมาชิก พร้อมระบุสาเหตุ
การพ้นสภาพ ลงนามและประทับตราโดยผู้มีอำนาจของสหกรณ์/กองทุน | <input type="checkbox"/> |
| 9. สำเนาการกู้เงินสำหรับกรมธรรม์ที่เป็นการคุ้มครองเงินกู้ | <input type="checkbox"/> |

แบบประกัน GS

- | | |
|--|--------------------------|
| 10. หนังสือรับรองการเป็น นักเรียน นิสิต นักศึกษา จากสถานศึกษาพร้อม
ประทับตราสถานศึกษา | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|

**เอกสารที่ต้องส่งกรณีเสียชีวิตโดยเหตุผิดธรรมชาติ เช่น อุบัติเหตุ
ถูกฆาตกรรม,ฆ่าตัวตายถูกสัตว์ทำให้อาย,ตายโดยไม่ทราบสาเหตุ**

- | | |
|--|--------------------------|
| 11. สำเนารายงานประจำวันตำรวจ ซึ่งรับรองสำเนาถูกต้องโดยนายตำรวจ
ยศสัญญาบัตร | <input type="checkbox"/> |
| 12. สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพ หรือสำเนารายงานการผ่าพิสูจน์ศพ
ซึ่งรับรองสำเนาถูกต้องโดยนายตำรวจยศสัญญาบัตร หรือแพทย์ผู้ชันสูตร | <input type="checkbox"/> |

เอกสารสำคัญอื่น ๆ ที่ต้องส่งแล้วแต่กรณี

- | | |
|--|--------------------------|
| 13. สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-สกุลของผู้เอาประกัน / ผู้รับประโยชน์
กรณีที่ชื่อไม่ตรงตามที่ระบุในกรมธรรม์ | <input type="checkbox"/> |
| 14. สำเนาสูติบัตรของผู้เอาประกัน/ผู้รับประโยชน์กรณียังไม่มีบัตรประชาชน | <input type="checkbox"/> |
| 15. กรณีเสียชีวิตที่โรงพยาบาล ให้แนบหนังสือรับรองการตายประกอบ | <input type="checkbox"/> |
| 16. รูปถ่ายผู้รับประโยชน์ (กรณีรับเงินสินไหมตั้งแต่ 100,000 บาท) | <input type="checkbox"/> |

		สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทฯ เท่านั้น	
		ไม่ได้รับ	รายละเอียด
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

หมายเหตุ
 -เอกสารของผู้เอาประกันภัยต้องลงลายมือชื่อรับรองสำเนาเอกสาร
 โดยผู้รับประโยชน์คนใดคนหนึ่ง
 -เอกสารของผู้รับประโยชน์ ต้องลงลายมือชื่อรับรองสำเนาเอกสาร
 โดยผู้รับประโยชน์แต่ละคน
 -กรณีที่ผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ ต้องรับรองสำเนาถูกต้องโดยบิดา/มารดา
 หรือผู้ปกครองผู้เยาว์ตามคำสั่งศาล พร้อมสำเนาบัตรประชาชนและสำเนา
 ทะเบียนบ้านของบิดา/มารดา หรือผู้ปกครองผู้เยาว์ตามคำสั่งศาล

ผู้นำส่ง _____ วันที่ส่ง _____

ลงชื่อผู้รับ _____
 วันที่รับ _____



คำแนะนํานี้ : ผู้รับผลประโยชน์โปรดกรอกข้อมูลและลงนามให้ครบถ้วนสมบูรณ์ เนื่องจากอาจมีผลต่อการพิจารณาสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยได้
(The beneficiary is required to complete and sign the form because it may affect the claim consideration according to the insurance contract.)

ส่วนที่ 1 (Part 1)

ผู้ถือกรมธรรม์-ชื่อบริษัท (Policy Holder-Company Name) _____
กรมธรรม์ประกันกลุ่มเลขที่ (Policy No.): GH/GA/GL/GS/GU _____ หนังสือรับรองเลขที่ (Certificate No.) _____
วันที่เริ่มสัญญา (Effective Date) _____



ลงชื่อ (Sign) _____ ผู้ถือกรมธรรม์ (Policy Holder)
(_____)
วันที่ (Date) _____ / _____ / _____

ส่วนที่ 2 (Part 2)

ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย (Insured's Name) _____ อายุ (Age) _____ ปี (Year)
เลขบัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง (ID No./Passport No.) _____ วันที่มรณกรรม (Date of Death) _____
เวลา (Time) _____ สถานที่มรณกรรม (Place of Death) _____

กรณีมรณกรรมตามสาเหตุธรรมชาติ (Natural Death)

สาเหตุการเสียชีวิต (Cause of Death) _____
อาการ (Symptoms) _____ วันที่รักษา (Date of Treatment) _____
สถานพยาบาลที่รับการรักษา (Name of Medical Center) _____

กรณีมรณกรรมผิดธรรมชาติ (Unnatural Death)

วันที่เกิดเหตุ (Date of Incident) _____ เวลา (Time) _____ สถานที่เกิดเหตุ (Place of accident) _____
สาเหตุจาก (Cause by) _____
รายละเอียดการเกิดเหตุ (Detail) _____

มีการแจ้งความหรือไม่ (Did you have the police report) มีแจ้งความที่ (Yes, at) _____ ไม่ (No)

ผู้รับผลประโยชน์ (Beneficiary's Information)

ชื่อ-สกุลผู้รับผลประโยชน์ (Beneficiary's Name) _____
ที่อยู่ (Address) _____ เบอร์โทรศัพท์ (Mobile) _____
ความสัมพันธ์ (Relationship) _____

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ (I hereby certify that the above statement is truthful in all aspects.)

ลงชื่อ _____ ผู้รับผลประโยชน์
(_____)

หนังสือให้ความยินยอมข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัท ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือผู้ถือกรมธรรม์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัย ต่อบุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

LETTER OF CONSENT

I, hereby, consent and allow doctors, medical centres, other insurance companies or any relevant persons who have acquired my personal data, health information, disability, sexual behaviour, biometric data, genetic data, my previous medical history including any future information which were available to disclose and release such information to the Agent Company, the life insurance company, or the Company's representatives in order to apply for an insurance policy, or claim the benefit thereof, or dealing with the insurance policy in any manner.

I, hereby, grant my consent to the Company to collect, use, disclose and release my personal data, health information, disability, sexual behaviour, biometric data, genetic data, and my previous medical history including any future information to the competent authorities or the reinsurers, relevant persons, the Company's life insurance agents, its personnel, and its representatives for the purpose of applying for an insurance policy, indemnifying the insured person thereunder, or for medical interest or dealing with the insurance policy in any manner.

Additionally, the copy of this Letter of Consent shall be binding as same as the original.

I, hereby, fully acknowledge and fully understand the condition and procedure of the Company under this Letter. I also agree that they are in accordance with my intention. Therefore, I am thereby entirely bound without reservation.

ลงชื่อ (Sign) _____ ลงชื่อ (Sign) _____ ลงชื่อ (Sign) _____
(_____) (_____) (_____)
วันที่ (Date) _____ / _____ / _____ วันที่ (Date) _____ / _____ / _____ วันที่ (Date) _____ / _____ / _____
ผู้รับผลประโยชน์ (Beneficiary) พยาน (Witness) พยาน (Witness)

ลงชื่อ (Sign) _____ ผู้ให้ความยินยอม (Consent Grantor) ความสัมพันธ์ (Relation with the minor) _____
(_____)
วันที่ (Date) _____ / _____ / _____

หมายเหตุ : * กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์ ** กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน
Remark : * In case the beneficiary is a minor, a guardian must sign together with the minor and specify the relationship. ** In case of signing by fingerprint, signatures of 2 witnesses must be completely provided.



นโยบายข้อมูลส่วนบุคคล