



บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
OCEAN LIFE INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED
สำนักงานใหญ่ 170/74-83 อาคารโอเรียนทอลทาวเวอร์ 1 ถนนรัชดาภิเษก เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110
โทร. 0 2261 2300 โทรสาร 0 2261 3344 www.ocean.co.th E-mail : info@ocean.co.th ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ 0 2207 8888

แบบฟอร์มการขอใบเสร็จรับเงิน/ประวัติการรักษา/เอกสารทางการแพทย์คืน

วันที่ _____

เรื่อง ขอใบเสร็จรับเงิน/ประวัติการรักษา/เอกสารทางการแพทย์

เรียน ฝ่ายสินไหม บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

เนื่องจาก ข้าพเจ้า(ชื่อผู้เอาประกันภัย) _____ เลขที่กรมธรรม์ _____
มีความประสงค์ขอรับใบเสร็จรับเงิน / ประวัติการรักษา / เอกสารทางการแพทย์คืน ของการ
รักษาในโรงพยาบาล _____ เมื่อวันที่ _____ เพื่อใช้ในการเบิก
สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล(โปรดระบุ)

- บริษัท (ระบุชื่อ) _____
- หน่วยงานราชการ (ระบุชื่อ) _____
- รัฐวิสาหกิจ (ระบุชื่อ) _____
- บริษัทประกัน (ระบุชื่อ) _____
- อื่นๆ (ระบุชื่อ) _____

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ _____

(_____)

ผู้เอาประกัน/ผู้ปกครองของผู้เอาประกัน

ลงชื่อ _____ (ตัวแทน)

(_____)