

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  
วันที่มรณกรรม \_\_\_\_\_ เวลา \_\_\_\_\_ สถานที่มรณกรรม \_\_\_\_\_

#### กรณีมรณกรรมธรรมดา

มรณกรรมจากโรค \_\_\_\_\_ รายละเอียดอาการเจ็บป่วย \_\_\_\_\_  
เจ็บป่วยมานาน (เดือนปี) \_\_\_\_\_ สถานพยาบาลรับการรักษา (ทั้งหมด) \_\_\_\_\_

กรณีมรณกรรมผิดปกติ  อุบัติเหตุ  ถูกฆาตกรรม  ฆ่าตัวตาย  อื่นๆ

วันที่เกิดเหตุ \_\_\_\_\_ เวลา \_\_\_\_\_ สถานที่เกิดเหตุ \_\_\_\_\_ สาเหตุจาก \_\_\_\_\_  
รายละเอียดการเกิดเหตุ \_\_\_\_\_ รายละเอียดการบาดเจ็บ \_\_\_\_\_

ส่งตัวไปรักษาที่สถานพยาบาล \_\_\_\_\_  
มีการแจ้งความหรือไม่ ที่สถานีตำรวจใด \_\_\_\_\_ ชื่อ-ที่อยู่ผู้เห็นเหตุการณ์ \_\_\_\_\_

#### ข้อมูลผู้รับประโยชน์

ชื่อ-นามสกุล (1) _____	ชื่อ-นามสกุล (2) _____
ที่อยู่ในการติดต่อเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____	ที่อยู่ในการติดต่อเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____
ถนน _____ ตำบล/แขวง _____	ถนน _____ ตำบล/แขวง _____
อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____	อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____
รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์มือถือ _____	รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์มือถือ _____

วิธีการรับเงิน  ขอรับเช็ค (ส่งตามที่อยู่ ที่ระบุข้างต้น)  
 โอนเงินเข้าบัญชี (แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีมาพร้อมนี้)

วิธีการรับเงิน  ขอรับเช็ค (ส่งตามที่อยู่ ที่ระบุข้างต้น)  
 โอนเงินเข้าบัญชี (แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีมาพร้อมนี้)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้รับผลประโยชน์  
( \_\_\_\_\_ )

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้รับผลประโยชน์  
( \_\_\_\_\_ )

#### หนังสือให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าในฐานะที่เป็นผู้รับประโยชน์ หรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์ของผู้เอาประกันภัย ผู้อ้างสิทธิ์ ผู้รับมอบอำนาจ ผู้ให้ความยินยอม  
ตามกรมธรรม์ประกันภัยของ บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด(มหาชน) ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือผู้ถือกรมธรรม์  
และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัย ที่ผ่านมา  
หรือจะมีขึ้นในอนาคต เปิดเผยข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัยให้แก่บริษัท ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บริษัทประกันภัยต่อ  
การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบริษัท หรือผู้แทนของบริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับ  
กับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าในฐานะที่เป็นผู้รับประโยชน์ หรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์ ยินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวมใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล  
ของข้าพเจ้าและ/หรือผู้รับประโยชน์ (กรณีเป็นผู้เยาว์) และผู้เอาประกันภัยที่รวมถึง ข้อมูลสุขภาพและประวัติการรักษาพยาบาลของผู้เอาประกันภัย ต่อหน่วยงาน  
ที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์  
และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการ  
ดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้วเห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

**หมายเหตุ :** \* กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์

\*\* กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ผู้ให้ความยินยอม (1) : \_\_\_\_\_ วันที่ : \_\_\_\_\_ พยาน : \_\_\_\_\_ พยาน : \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ ) ความสัมพันธ์ : \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ )

ผู้ให้ความยินยอม (2) : \_\_\_\_\_ วันที่ : \_\_\_\_\_ พยาน : \_\_\_\_\_ พยาน : \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ ) ความสัมพันธ์ : \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ )

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