



บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

OCEAN LIFE INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

สำนักงานใหญ่ 170/74-83 อาคารโอเรียนทาวเวอร์ 1 ถนนรัชดาภิเษก เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110
โทร. 0 2261 2300 แฟกซ์ 0 2261 3344 www.ocean.co.th E-mail : info@ocean.co.th ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ 0 2207 8888

ใบรับเรื่องเรียกร้องสินไหม

ประเภทสินไหม

- ค่ารักษาพยาบาล HB,HC,HD,PA
- ค่าชดเชยรายวัน DAB
- ค่าทดแทน CPA,CB,CI
- ค่าทดแทนสูญเสียอวัยวะ ทูพพลภาพ
- ค่าทดแทนโรคร้ายแรง
- ผู้ชำระเบี้ยประกันหลักเสียชีวิต(PB)
- ผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต
- บุตรผู้เอาประกันภัยเสียชีวิต(คุ้มครองบุตร)

สาขาที่รับเรื่อง _____

เลขที่หนังสือสาขา _____

วันที่รับ _____

เวลา _____ น.

ผู้เอาประกันภัย(ชื่อ-สกุล) _____ กรมธรรม์เลขที่ _____

ผู้เรียกร้องสินไหม(ชื่อ-สกุล) _____ เกี่ยวข้องเป็น ผู้เอาประกันภัย ผู้รับประโยชน์

ผู้แทนโดยธรรม อื่นๆ _____

ผู้นำส่งเอกสาร(ชื่อ-สกุล) _____ โทรศัพท์มือถือ _____

- ขอเอกสารเพิ่มเติมตามรายการด้านล่าง
- บริษัทฯได้รับเอกสารครบถ้วนแล้วเมื่อวันที่ _____

ผู้รับเรื่อง(ชื่อ-สกุล) _____

ตำแหน่ง _____

รายการเอกสารที่ต้องส่งมอบเพิ่มเติม

- ใบรับรองแพทย์ตามแบบฟอร์มบริษัทฯ
- สำเนาบัตรประชาชนผู้เอาประกัน
- ใบเสร็จรับเงินต้นฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้เอาประกัน
- พิสูจน์ตรวจวินิจฉัยทางรังสี เอกซเรย์
- สำเนาบัตรประชาชนผู้รับประโยชน์ทุกคน
- สำเนาประวัติการรักษา
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับประโยชน์ทุกคน
- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ(ทางห้องแล็บ)
- สำเนาบัตรประชาชนผู้ชำระเบี้ยประกัน
- ผลการตรวจทางห้องพยาธิวิทยา
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้ชำระเบี้ยประกัน
- รูปถ่ายปัจจุบันที่บ่งชี้การผ่าตัดด้วยวิธี
- สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครองผู้เอาประกัน
- สำเนาใบแจ้งความ(อุบัติเหตุ/ถูกทำร้ายร่างกาย)
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้ปกครองผู้เอาประกัน
- สำเนาประจำวันข้อไป-ข้อกลับ
- สำเนาบัตรประชาชนทายาทผู้เอาประกัน/ผู้รับประโยชน์
- สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพ
- สำเนาทะเบียนบ้านทายาทผู้เอาประกัน/ผู้รับประโยชน์
- สำเนามรณบัตรของผู้เอาประกัน
- สำเนาบัตรประชาชนของทายาทผู้ชำระเบี้ยประกัน
- สำเนามรณบัตรของผู้ชำระเบี้ยประกัน
- สำเนาทะเบียนบ้านของทายาทผู้ชำระเบี้ยประกัน
- กรมธรรม์ประกันชีวิตต้นฉบับ
- อื่น ๆ _____