

เพื่อผลประโยชน์ของท่านกรณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนสมบูรณ์ พร้อมลงชื่อรับรองและลงชื่อยินยอมเปิดเผยข้อมูลสุขภาพ โดยผู้เอาประกันภัย/
ผู้ที่มีส่วนได้เสียเท่านั้น มิฉะนั้นบริษัท อาจถือว่าการเรียกร้องนี้ยังไม่สมบูรณ์

ส่วนที่ 1

วันที่ผู้เอาประกันภัยเข้าเป็นสมาชิก _____ กรมธรรม์ประกันภัยกลุ่มเลขที่ _____
วันที่เริ่มสัญญาประกันภัย _____ หนังสือรับรองการประกันภัยกลุ่มเลขที่ _____ วันครบกำหนดสัญญา _____
ผู้เอาประกันภัยมีหนี้สินค้างชำระหรือไม่ มี ไม่มี
ลงชื่อ _____ ผู้ถือกรมธรรม์/ผู้รับประโยชน์หลัก
(_____)
_____ / _____ / _____

ส่วนที่ 2

ชื่อ-นามสกุล ผู้เอาประกันภัย _____ อายุ _____ ปี
วันที่มีมรดก _____ เวลา _____ สถานที่มีมรดก _____

กรณีมรดกธรรมดา

มรดกมาจากโรค _____ รายละเอียดอาการเจ็บป่วย _____
เจ็บป่วยมานาน (เดือน/ปี) _____ สถานพยาบาลรับการรักษา (ทั้งหมด) _____

กรณีมรดกกรณีพิพาท อุบัติเหตุ ถูกฆาตกรรม ฆ่าตัวตาย อื่นๆ

วันที่เกิดเหตุ _____ เวลา _____ สถานที่เกิดเหตุ _____ สาเหตุจาก _____

รายละเอียดการเกิดเหตุ _____ รายละเอียดการบาดเจ็บ _____

ส่งตัวไปรักษาที่สถานพยาบาล _____

มีการแจ้งความหรือไม่ ที่สถานีตำรวจใด _____ ชื่อ-ที่อยู่ผู้เห็นเหตุการณ์ _____

ข้อมูลผู้รับประโยชน์

ชื่อ-นามสกุล _____

ที่อยู่ในการติดต่อเลขที่ _____ หมู่ที่ _____ ตรอก/ซอย _____ ถนน _____ ตำบล/แขวง _____

อำเภอ/เขต _____ จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์มือถือ _____

วิธีการรับเงิน ขอรับเช็ค (ส่งตามที่อยู่ ที่ระบุข้างต้น)

โอนเงินเข้าบัญชี (แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีมาพร้อมนี้)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ _____ ผู้รับผลประโยชน์
(_____)

หนังสือให้ความยินยอมเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้าในฐานะที่เป็นผู้รับประโยชน์ หรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์ของผู้เอาประกันภัย ผู้อ้างสิทธิ์ ผู้รับมอบอำนาจ ผู้ให้ความยินยอม ตามกรมธรรม์ประกันภัยของ
บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง
ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการรักษาพยาบาล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของผู้เอาประกันภัย ที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต
เปิดเผยประวัติการรักษาพยาบาลและชื่อดังกล่าวทั้งหมด ของผู้เอาประกันภัยให้แก่บริษัท ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บริษัทประกันภัยต่อ การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบริษัทประกันภัย
หรือผู้แทนของบริษัทเพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้าในฐานะที่เป็นผู้รับประโยชน์ หรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์ ยินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวมใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ของข้าพเจ้าและ/หรือผู้รับประโยชน์
(กรณีเป็นผู้เยาว์) และผู้เอาประกันภัยที่รวมถึง ประวัติการรักษาพยาบาล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ ของผู้เอาประกันภัย
และ/หรือของผู้รับประโยชน์ ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือต่อบริษัทประกันภัยต่อ บริษัทประกันภัยอื่น บุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคลากร หรือผู้แทน
ของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัยหรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการ
ใด ๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้า จึงได้
ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

ลงชื่อ _____ ผู้รับผลประโยชน์ วันที่ _____ ลงชื่อ _____ พยาน ลงชื่อ _____ พยาน
(_____) ความสัมพันธ์ _____ (_____) (_____)

ลงชื่อ _____ ผู้ให้ความยินยอม ในฐานะ บิดา/มารดา
 ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับผลประโยชน์ (กรณีผู้รับผลประโยชน์ยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

หมายเหตุ : * กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ อายุไม่ถึง 7 ปีบริบูรณ์ ให้มารดา/บิดา หรือผู้ปกครองโดยชอบด้วยกฎหมาย ลงนามแทนผู้เยาว์พร้อมระบุความสัมพันธ์
** กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ อายุตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป แต่ยังไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์ หรือยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้มารดา/บิดา หรือผู้ปกครองโดยชอบด้วยกฎหมาย ร่วมลงนามกับผู้เยาว์พร้อมระบุความสัมพันธ์
*** กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ข้อควรทราบ : กรณียื่นเอกสารผ่านตัวแทน/ นายหน้าประกันชีวิตของบริษัทฯ เป็นเพียงการให้บริการ และอำนวยความสะดวก
ในการรับส่งเอกสารเรียกร้องสินไหมเท่านั้น ตัวแทน/ นายหน้าประกันชีวิตไม่มีหน้าที่พิจารณาสินไหมแต่อย่างใด

ท่านสามารถศึกษารายละเอียดเกี่ยวกับการประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของบริษัทผู้รับประกันภัยโดย Scan QR Code และเลือกบริษัทประกันชีวิตที่ท่านใช้บริการ



ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมที่ ฝ่ายสินไหม โทรศัพท์ 1503 กด 2

ณ: เบื้องเลขที่ 0107555000210 สำนักงานใหญ่ 170/74-83 อาคารเอเชียทาวเวอร์ 1 ถนนรัชดาภิเษก เขตคลองเตย กทม. 10110
www.ocean.co.th E-Mail: info@ocean.co.th ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1503 InsaTs 0 2207 8822