



บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

OCEAN LIFE INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

สำนักงานใหญ่ 170/74-83 อาคารโอเรียนทาวเวอร์ 1 ถนนรัชดาภิเษก เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110
www.ocean.co.th E-mail:info@ocean.co.th ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ 0 2207 8888 โทรสาร 0 2207 8822

วันที่เอกสาร _____

เรื่อง นำส่งเอกสารใบเสร็จรับเงิน-ใบรับรองแพทย์ สำหรับเรียกร้องค่าสินไหมค่ารักษาพยาบาล

ผู้ถือกรมธรรม์ / Insured _____

กรมธรรม์เลขที่ / Po Policy No. _____

ลำดับที่ No.	รหัสสมาชิก Insured Member	คำนำหน้า Name - Title	ชื่อ Name	สกุล Surname	วันที่รักษา Treatment Date	โรงพยาบาล Hospital	จำนวนเงิน Amount	แจ้งความประสงค์ขอเอกสารคืน Request Document Back	หมายเหตุ Remark
1	12345	นาย	ไทยสมุทร	รักดี	31/01/2561	รพ.ศิริราช	1,200.00	Yes	เบิก HB incentive
2	00055	Ms.	Sisilux	Thongkam	29/12/2560	คลินิก	850.00	No	

- หมายเหตุ : 1. กรณีที่ลูกค้าแจ้งความประสงค์ขอเอกสารคืนฉบับคืนต้องกรอกแบบฟอร์ม G011 (หนังสือแจ้งความประสงค์การขอเอกสารค่ารักษาพยาบาลคืน)
2. เอกสารที่ต้องแนบในการส่งเบิกค่ารักษาพยาบาลมีดังนี้
 2.1 ใบเสร็จรับเงิน (ฉบับจริง)
 2.2 ใบรับรองแพทย์ (ฉบับจริง)
3. กรณีการเบิกภาพถ่ายบำบัด ต้องแนบบแบบเรียกร้องสินไหมทดแทนภาพถ่ายบำบัด

ลงชื่อ _____
(.....)

ผู้ประสานงาน / HR

เบอร์โทร _____