บริษัท บางกอกสหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
177/1 อาคารบางกอกสหประกันภัย ชั้น 8 ถนนสุรวงศ์ แขวงสุริยวงศ์ เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500
BUILife โทรศัพท์: 0-2634-7323 โทรสาร: 0-2634-7331

คำร้อง เรียกร้องสินไหมทดแทน

1. ชื่อผู้เอาประกันภัย ☐ สูญเสียอวัยวะ ☐ ทุพพลภาพ ☐ ชดเชยค่ารักษาพยาบาล **กรมธรรม์เลขที่** .....

ชื่อ-นามสกุล ..... ชื่อ-นามสกุลเดิม (ถ้ามี) ..... อายุ ..... ปี
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ..... อาคาร ..... ชั้น ..... หมู่ ..... ถนน.....
แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....
โทรศัพท์ ..... โทรศัพท์มือถือ .....
ชื่อสถานที่ทำงาน ..... โทรศัพท์ ..... ต่อ .....

ผู้เอาประกันภัยมีประกันชีวิตหรือประกันภัยกับบริษัทอื่นหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุ)

บริษัทประกันภัย	กรมธรรมเลขที่	วันเริ่มสัญญา	จำนวนเงินเอาประกันภัย

2. การเกิดเหตุ (กรณีอุบัติเหตุ/ถูกทำร้ายร่างกาย)

วันที่เกิดเหตุ ..... /..... /..... ด้วยสาเหตุ .....
ตำแหน่งที่บาดเจ็บ ..... ลักษณะของบาดแผล .....
เวลา ..... น. เหตุเกิดที่ ..... ถนน .....
แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ ..... จังหวัด .....
มีการแจ้งความที่สถานีตำรวจ ..... เมื่อวันที่ ..... / ..... / .....

3. การเจ็บป่วย (กรณีเจ็บป่วย)

อาการเจ็บป่วย .....
โรคที่รักษา .....
อาการเจ็บป่วยนี้เป็นมานานเท่าใด ก่อนที่ท่านจะเข้ารับการรักษาครั้งนี้ ..... ปี ..... เดือน

4. การรักษาพยาบาล

ชื่อสถานพยาบาลที่รักษา ..... ชื่อแพทย์ผู้รักษา .....
การวินิจฉัยของแพทย์ ..... วันที่เข้ารักษา ..... / ..... /..... เวลา ..... น.
เคยตรวจรักษามาก่อนที่ ..... เมื่อวันที่ ..... / ..... /.....

5. ค่ารักษาพยาบาล

จำนวนเงินค่ารักษาพยาบาลที่ได้ชำระรวมทั้งสิ้น ..... บาท ใบเสร็จรับเงิน ..... ฉบับ
ข้าพเจ้าขอส่งมอบหลักฐานเพื่อเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน รวมทั้งสิ้น ..... ฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆ ที่ได้แถลงและส่งมอบให้แก่บริษัทถูกต้องเป็นความจริงทุกประการ และเข้าใจข้อความ ตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้โดยละเอียดครบถ้วนเป็นอย่างดี และตรงตามเจตนาของข้าพเจ้าแล้วจึงได้ลงลายมือชื่อตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้เอาประกันภัย
(.....)
วันที่ ..... /..... /.....

ลงชื่อ.....ผู้แทนโดยชอบธรรม
(.....)
กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ

สำหรับเจ้าหน้าที่
วันที่รับเอกสาร ..... /..... /.....
ชื่อผู้รับ .....

เพื่อให้การพิจารณาสินไหมมีความรวดเร็วและเพื่อประโยชน์ของท่าน กรุณาลงนามให้ความยินยอมด้านหลังให้ครบถ้วนสมบูรณ์

บริษัท บางกอกสหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
177/1 อาคารบางกอกสหประกันภัย ชั้น 8 ถนนสุรวงศ์ แขวงสุริยวงศ์ เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500
BUILife โทรศัพท์: 0-2634-7323 โทรสาร: 0-2634-7331

หนังสือให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ขอให้และยินยอมให้โรงพยาบาล สถานพยาบาล คลินิก แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ บริษัทประกันภัยอื่น หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม ศาสนา เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาล ของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ ที่มีอยู่แล้วในปัจจุบัน และที่จะมีเพิ่มเติมในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่ บริษัท บางกอกสหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") ผู้แทนของบริษัท การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบริษัท บริษัทประกันภัยต่อ ตัวแทนประกันชีวิต นายหน้าประกันชีวิต ผู้ถือกรมธรรม์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

2. ข้าพเจ้า และ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม ยินยอมให้ บริษัท บางกอกสหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") เก็บรวบรวม และใช้ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม ศาสนา เชื้อชาติ ประวัติการรักษาพยาบาล และประวัติการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้เยาว์ ทั้งที่ให้ไว้ข้างต้น ที่มีอยู่แล้วในปัจจุบัน และที่จะมีเพิ่มเติมในอนาคต รวมถึงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลดังกล่าวตามที่จำเป็นให้แก่ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สมาคมประกันชีวิต สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ถือกรมธรรม์ ตัวแทนประกันชีวิต นายหน้าประกันชีวิต บริษัทประกันภัยอื่น บริษัทประกันภัยต่อ บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ ธนาคาร มูลนิธิ คู่ค้าหรือผู้ให้บริการของบุคคลดังกล่าว ผู้บริหาร บุคลากรหรือผู้แทนของบริษัท ผู้รับจ้างหรือผู้ให้บริการแก่บริษัท และหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง เพื่อวัตถุประสงค์ในการขอเอาประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย การใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ การรักษาพยาบาล เป็นฐานข้อมูลกลางของบริษัทประกันภัยทั้งหลายสำหรับการตรวจสอบประวัติผู้เอาประกันภัยและประวัติการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน การดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย หรือการใดๆ อันเป็นประโยชน์แก่ข้าพเจ้า

3. ข้าพเจ้ารับทราบว่า การไม่ให้ความยินยอม การเปลี่ยนแปลงขอบเขตการให้ความยินยอม การเพิกถอนความยินยอม การคัดค้าน การขอให้ลบหรือทำลายข้อมูลส่วนบุคคล อาจมีผลทำให้บริษัทไม่สามารถบริหารจัดการ หรือดำเนินการใดๆ อันจำเป็นในการเข้าทำและหรือปฏิบัติตามสัญญาประกันภัยได้ และอาจมีผลกระทบต่อการให้บริการ หรือการจ่ายเงินตามผลประโยชน์ตามกรมธรรม์

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

หมายเหตุ: 1. กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์อายุไม่ถึง 10 ปี ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์
2. กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์อายุมากกว่า 10 ปี แต่ไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์ ให้บิดา/มารดา ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายลงนามเป็นผู้ให้ความยินยอมร่วมกับผู้เอาประกันภัยพร้อมระบุความสัมพันธ์
3. กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ผู้เอาประกันภัย	วันที่	พยาน	พยาน
.....	.....	.....	.....
(.....)	ความสัมพันธ์.....	(.....)	(.....)

ผู้ให้ความยินยอม

..... ในฐานะ ☐ บิดา/มารดา

(.....) ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรม (กรณีผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ท่านสามารถศึกษารายละเอียดประกาศนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทและสิทธิของท่าน ได้ที่ www.builife.com/privacy-policy.html หรือสแกน QR Code

ประกาศนโยบายความเป็นส่วนตัว

บริษัท บางกอกสหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
177/1 อาคารบางกอกสหประกันภัย ชั้น 8 ถนนสุรวงศ์ แขวงสุริยวงศ์ เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500
โทรศัพท์: 0-2634-7323 โทรสาร: 0-2634-7331

BUILife บางกอกสหประกันชีวิต

คำร้อง เรียกร้องสินไหมมรณกรรม

1. ชื่อผู้เอาประกันภัย กรมธรรม์เลขที่ .....

ชื่อ–นามสกุล ..... ชื่อ–นามสกุลเดิม (ถ้ามี) ..... อายุ ..... ปี
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ..... อาคาร ..... ชั้น ..... หมู่ ..... ถนน.....
แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....
โทรศัพท์ ..... โทรศัพท์มือถือ .....
อาชีพ ..... ตำแหน่งหน้าที่การงานครั้งสุดท้าย .....
ชื่อสถานที่ทำงาน ..... โทรศัพท์ ..... ต่อ .....

ผู้เอาประกันภัยมีประกันชีวิตหรือประกันภัยกับบริษัทอื่นหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุ)

บริษัทประกันภัย	กรมธรรมเลขที่	วันเริ่มสัญญา	จำนวนเงินเอาประกันภัย

2. กรณีมรณกรรมผิดธรรมชาติ ☐ อุบัติเหตุ ☐ ฆาตกรรม ☐ อัตนิวิบาตกรรม ☐ อื่นๆ

การเกิดเหตุ ..... ด้วยสาเหตุ .....
โดยมีอาการบาดเจ็บ ..... เมื่อวันที่ ..... / ..... / ..... เวลา ..... น.
เหตุเกิดที่ ..... ถนน .....
แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ ..... จังหวัด .....
ผู้เอาประกันภัยถึงแก่กรรมที่ ☐ สถานที่เกิดเหตุ ☐ โรงพยาบาล ☐ บ้าน ☐ อื่นๆ
มีการแจ้งความที่สถานีตำรวจ ..... เมื่อวันที่ ..... / ..... / .....

3. กรณีมรณกรรมตามธรรมชาติ

ถึงแก่กรรมด้วยโรค ..... อาการเจ็บป่วย .....
เจ็บป่วยมานาน ..... ปี ..... เดือน สถานพยาบาลที่รักษาครั้งสุดท้าย .....
วันที่เข้า ..... / ..... / ..... เวลา ..... น. วันที่ออก ..... / ..... /..... เวลา ..... น.
ชื่อแพทย์ผู้รักษา ..... สถานพยาบาลที่รักษาอาการดังกล่าวมาก่อน .....
วันที่รักษา ..... / ..... / ..... ผู้เอาประกันภัยได้พูดถึงอาการเจ็บป่วย หรือมีอาการเจ็บป่วยให้เห็นครั้งแรกเมื่อวันที่ ..... / ..... /.....
อาการที่สังเกตเห็น .....

4. ผู้รับประโยชน์

ชื่อ–นามสกุล ..... ชื่อ–นามสกุลเดิม (ถ้ามี) ..... อายุ ..... ปี
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ..... อาคาร ..... ชั้น ..... หมู่ ..... ถนน.....
แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....
โทรศัพท์ ..... โทรศัพท์มือถือ ..... ความสัมพันธ์กับผู้เอาประกัน .....
อาชีพ ..... สถานที่ทำงานปัจจุบัน ..... โทรศัพท์ .....
ท่านเป็นผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์ฉบับนี้หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ โปรดระบุสิทธิ .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นตลอดจนเอกสารและหลักฐานต่างๆ ที่ได้แถลงและส่งมอบให้แก่บริษัทถูกต้องเป็นความจริงทุกประการ และเข้าใจข้อความ ตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้โดยละเอียดครบถ้วนเป็นอย่างดี และตรงตามเจตนาของข้าพเจ้าแล้วจึงได้ลงลายมือชื่อตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัททุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้รับประโยชน์
(.....)
วันที่ ..... /..... /.....

ลงชื่อ.....ผู้แทนโดยชอบธรรม
(.....)
กรณีผู้รับประโยชน์ยังไม่บรรลุนิติภาวะ

สำหรับเจ้าหน้าที่
วันที่รับเอกสาร ..... /..... /.....
ชื่อผู้รับ .....

เพื่อให้การพิจารณาสินไหมมีความรวดเร็วและเพื่อประโยชน์ของท่าน กรุณาลงนามให้ความยินยอมด้านหลังให้ครบถ้วนสมบูรณ์

บริษัท บางกอกสหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
177/1 อาคารบางกอกสหประกันภัย ชั้น 8 ถนนสุรวงศ์ แขวงสุริยวงศ์ เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500
โทรศัพท์: 0-2634-7323 โทรสาร: 0-2634-7331

หนังสือให้ความยินยอม

1. ข้าพเจ้าในฐานะที่เป็นผู้รับประโยชน์ หรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์ของผู้เอาประกันภัย ผู้อ้างสิทธิ์ ผู้รับมอบอำนาจ ผู้ให้ความยินยอม ตามกรมธรรม์ประกันภัยของ บริษัท บางกอกสหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") ขอให้และยินยอมให้โรงพยาบาล สถานพยาบาล คลินิก แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ บริษัทประกันภัยอื่น ผู้ถือกรมธรรม์ และหรือนายหน้าประกันประกันชีวิต หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม ศาสนา เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาล ของผู้เอาประกันภัย ที่มีอยู่แล้วในปัจจุบัน และที่จะมีเพิ่มเติมในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัท ผู้แทนของบริษัท การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบริษัท บริษัทประกันภัยต่อ ตัวแทนประกันชีวิต นายหน้าประกันชีวิต ผู้ถือกรมธรรม์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

2. ข้าพเจ้าในฐานะที่เป็นผู้รับประโยชน์ หรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับประโยชน์ ยินยอมให้ บริษัท บางกอกสหประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) ("บริษัท") เก็บรวบรวม และใช้ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม ศาสนา เชื้อชาติ ประวัติการรักษาพยาบาล และประวัติการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน ของข้าพเจ้า และ/หรือผู้รับประโยชน์ (กรณีเป็นผู้เยาว์) ทั้งที่ให้ไว้ข้างต้น ที่มีอยู่แล้วในปัจจุบัน และที่จะมีเพิ่มเติมในอนาคต รวมถึงยินยอมให้เปิดเผยข้อมูลดังกล่าวตามที่จำเป็นให้แก่ หน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย สมาคมประกันชีวิต สถานพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ถือกรมธรรม์ ตัวแทนประกันชีวิต นายหน้าประกันชีวิต บริษัทประกันภัยอื่น บริษัทประกันภัยต่อ บริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ ธนาคาร มูลนิธิ คู่ค้าหรือผู้ให้บริการของบุคคลดังกล่าว ผู้บริหาร บุคลากรหรือผู้แทนของบริษัท ผู้รับจ้างหรือผู้ให้บริการแก่บริษัท และหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง เพื่อวัตถุประสงค์ในการขอเอาประกันภัย การจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย การใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ การรักษาพยาบาล เป็นฐานข้อมูลกลางของบริษัทประกันภัยทั้งหลายสำหรับการตรวจสอบประวัติผู้เอาประกันภัยและประวัติการเรียกร้องค่าสินไหมทดแทน การดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย หรือการใดๆ อันเป็นประโยชน์แก่ข้าพเจ้า

3. ข้าพเจ้ารับทราบว่า การไม่ให้ความยินยอม การเปลี่ยนแปลงขอบเขตการให้ความยินยอม การเพิกถอนความยินยอม การคัดค้าน การขอให้ลบหรือทำลายข้อมูลส่วนบุคคล อาจมีผลทำให้บริษัทไม่สามารถบริหารจัดการ หรือดำเนินการใดๆ อันจำเป็นในการเข้าทำและหรือปฏิบัติตามสัญญาประกันภัยได้ และอาจมีผลกระทบต่อการให้บริการ หรือการจ่ายเงินตามผลประโยชน์ตามกรมธรรม์

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

หมายเหตุ:
1. กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์อายุไม่ถึง 10 ปี ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์
2. กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์อายุมากกว่า 10 ปี แต่ไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์ ให้บิดา/มารดา ผู้ปกครองที่ชอบด้วยกฎหมายลงนามเป็นผู้ให้ความยินยอมร่วมกับผู้รับประโยชน์พร้อมระบุความสัมพันธ์
3. กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน

ผู้รับประโยชน์	วันที่	พยาน	พยาน
.....	.....	.....	.....
(.....)	ความสัมพันธ์.....	(.....)	(.....)

ผู้ให้ความยินยอม

..... ในฐานะ ☐ บิดา/มารดา

(.....) ☐ ผู้แทนโดยชอบธรรม (กรณีผู้รับประโยชน์ยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

ท่านสามารถศึกษารายละเอียดประกาศนโยบายความเป็นส่วนตัวของบริษัทและสิทธิของท่าน ได้ที่ www.builife.com/privacy-policy.html หรือสแกน QR Code

ประกาศนโยบายความเป็นส่วนตัว

4

ใบนำส่งค่ารักษาพยาบาล โครงการตรวจสุขภาพ (กลุ่ม)

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เรื่อง ขอนำส่งเอกสารเบิกค่ารักษาพยาบาลของบุคลากร มธ. (**บุคลากรสมทบครอบครัว (แผน 4,8)**)

เรียน ผู้จัดการฝ่ายประกันสุขภาพกลุ่ม บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

งานสวัสดิการฯ กองทรัพยากรมนุษย์ ขอนำส่งเอกสารเบิกค่ารักษาพยาบาลของบุคคลากรมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ตามรายชื่อดังต่อไปนี้

ลำดับ	ชื่อผู้ขอเบิก	บุคคลในครอบครัวของ	หน่วยงาน	วันที่รักษา	จำนวนเงิน	สถานะ	หมายเหตุ
					-		

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบคุณยิ่ง

ลงชื่อ.....**ผู้ส่งเอกสาร**

วันที่.....

ลงชื่อ..... **ผู้รับเอกสาร**

(.....)

วันที่.....

หมายเหตุ : ขอให้ส่งกลับคืนมาเป็นชุดรายการเดรม

5

ใบนำส่งค่ารักษาพยาบาล โครงการตรวจสุขภาพ (กลุ่ม)

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เรื่อง ขอนำส่งเอกสารเบิกค่ารักษาพยาบาลของบุคลากร มธ. (**พนักงานมหาวิทยาลัย (แผน 1,5)**)

เรียน ผู้จัดการฝ่ายประกันสุขภาพกลุ่ม บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

งานสวัสดิการฯ กองทรัพยากรมนุษย์ ขอนำส่งเอกสารเบิกค่ารักษาพยาบาลของบุคคลากรมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ตามรายชื่อดังต่อไปนี้

ลำดับ	ชื่อผู้ขอเบิก	หน่วยงาน	วันที่รับการรักษา	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
				-	

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบคุณยิ่ง

ลงชื่อ.....**ผู้ส่งเอกสาร**

วันที่.....

ลงชื่อ.....**ผู้รับเอกสาร**

วันที่.....

หมายเหตุ : ขอให้ส่งกลับคืนมาเป็นชุดรายการเดิม

ใบนำส่งค่ารักษาพยาบาล โครงการตรวจสุขภาพ (กลุ่ม)

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

เรื่อง ขอนำส่งเอกสารเบิกค่ารักษาพยาบาลของบุคลากร มธ. (**บุคลากรสมทบ (แผน 2,6,7)**)

เรียน ผู้จัดการฝ่ายประกันสุขภาพกลุ่ม บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

งานสวัสดิการฯ กองทรัพยากรมนุษย์ ขอนำส่งเอกสารเบิกค่ารักษาพยาบาลของบุคคลากรมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ตามรายชื่อดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายชื่อผู้ขอเบิก	เป็นบุตร/คู่สมรสของ	หน่วยงาน	วันที่รักษา	จำนวนเงิน	สถานะ	หมายเหตุ
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น					-		

ลงชื่อ.....ผู้ส่งเอกส ลงชื่อ..... ผู้รับเอกสาร

(.....)

วันที่..... วันที่.....

หมายเหตุ : ขอให้ส่งกลับคืนมาเป็นชุดรายการเดิม

ไทยสมุทร
OCEAN LIFE INSURANCE

สำนักงานใหญ่ เลขที่ 170/74-83 อาคารโอเชี่ยนทาวเวอร์ 1 ถนนรัชดาภิเษก เขตคลองเตย กทม. 10110
โทรศัพท์ / 0-2207 8888 โทรสาร 0 2207 8822
E-Mail: info@ocean.co.th Website: www.ocean.co.th

วันที่_____

ใบเรียกร้องสินไหมมรณกรรมประกันชีวิตกลุ่ม

คำแนะนำ

1. ระบุข้อมูลถ้อยแถลงของผู้ถือกรมธรรม์ให้ครบถ้วน ลงนามและประทับตราโดยผู้มีอำนาจ
2. ระบุข้อมูลของผู้รับประโยชน์ให้ครบถ้วน พร้อมลงลายมือชื่อผู้รับประโยชน์ทุกคน

ถ้อยแถลงผู้ถือกรมธรรม์

1. ชื่อผู้ถือกรมธรรม์_____เลขที่กรมธรรม์_____
2. ชื่อ-สกุลผู้เสียชีวิต_____ชื่อ-สกุลเดิม_____
3. วันที่เสียชีวิต_____สถานที่เสียชีวิต_____
4. สาเหตุของการเสียชีวิต_____
5. วันที่เข้าเป็นสมาชิกของผู้ถือกรมธรรม์_____วันที่สิ้นสุดการเป็นสมาชิก_____
   สาเหตุของการสิ้นสุดการเป็นสมาชิก_____
6. วันที่การประกันภัยมีผลบังคับ_____จำนวนเงินเอาประกันภัย_____
7. การทำประกันภัยกับบริษัทอื่นของผู้เสียชีวิต_____
8. ผู้เสียชีวิตเป็นผู้มีสิทธิในการเอาประกันกลุ่มได้หรือไม่ ☐ ได้ ☐ ไม่ได้
9. ประวัติการรักษาก่อนเสียชีวิต

โรค	รักษาครั้งแรกเมื่อ	ระยะเวลาการรักษา	สถานพยาบาล

ลายมือชื่อผู้ถือกรมธรรม์/ประทับตราสำคัญ_____

(_____)

ผู้รับประโยชน์			
ชื่อ-สกุล	อายุ	ความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต	ลายมือชื่อ

บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
OCEAN LIFE INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

แบบเรียกร้องสินไหมมรณกรรมประกันชีวิต
Death Claim Request Form

คำแนะนำ : ผู้รับผลประโยชน์โปรดกรอกข้อมูลและลงนามให้ครบถ้วนสมบูรณ์ เนื่องจากอาจมีผลต่อการพิจารณาสินไหมทดแทนตามสัญญาประกันภัยได้
(The beneficiary is required to complete and sign the form because it may affect the claim consideration according to the insurance contract.)

ส่วนที่ 1 (Part 1)

ผู้ถือกรมธรรม์-ชื่อบริษัท (Policy Holder-Company Name) _____
กรมธรรม์ประกันกลุ่มเลขที่ (Policy No.): GH/GA/GL/GS/GU _____ หนังสือรับรองเลขที่ (Certificate No.) _____
วันที่เริ่มสัญญา (Effective Date) _____

ตราประทับบริษัท (ถ้ามี) Company's Stamp (If Any)

ลงชื่อ (Sign) _____ ผู้ถือกรมธรรม์ (Policy Holder)
(_____)
วันที่ (Date) _____ / _____ / _____

ส่วนที่ 2 (Part 2)

ชื่อ-สกุลผู้เอาประกันภัย (Insured's Name) _____ อายุ (Age) _____ ปี (Year)
เลขบัตรประชาชน/หนังสือเดินทาง (ID No./Passport No.) _____ วันที่มรณกรรม (Date of Death) _____
เวลา (Time) _____ สถานที่มรณกรรม (Place of Death) _____
กรณีมรณกรรมตามสาเหตุธรรมชาติ(Natural Death)
สาเหตุการเสียชีวิต (Cause of Death) _____
อาการ (Symptoms) _____ วันที่รักษา (Date of Treatment) _____
สถานพยาบาลที่รับการรักษา (Name of Medical Center) _____
กรณีมรณกรรมผิดธรรมชาติ (Unnatural Death)
วันที่เกิดเหตุ (Date of Incident) _____ เวลา (Time) _____ สถานที่เกิดเหตุ (Place of accident) _____
สาเหตุจาก (Cause by) _____
รายละเอียดการเกิดเหตุ (Detail) _____
มีการแจ้งความหรือไม่ (Did you have the police report) ☐ มีแจ้งความที่ (Yes,at) _____ ☐ ไม่ (No)
ผู้รับผลประโยชน์ (Beneficiary's Information)
ชื่อ-สกุลผู้รับผลประโยชน์ (Beneficiary's Name) _____
ที่อยู่ (Address) _____ เบอร์โทรศัพท์ (Mobile) _____
ความสัมพันธ์ (Reletionship) _____
ข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ (I hereby certify that the above statement is truthful in all aspects.)

ลงชื่อ _____ ผู้รับผลประโยชน์
(_____)

หนังสือให้ความยินยอมข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้า ขอให้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวให้แก่บริษัท ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท หรือผู้แทนของบริษัท หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย หรือ ผู้ถือกรมธรรม์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัยหรือดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

ข้าพเจ้ายินยอมให้ บริษัท เก็บรวบรวม ใช้ และเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า ต่อหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบริษัทนายหน้าประกันภัยต่อ หรือต่อบริษัทประกันภัย ต่อบุคคลที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนประกันชีวิตของบริษัท บุคคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวกับกรมธรรม์ประกันภัย

อนึ่ง สำเนาใบหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ข้าพเจ้าได้ ทราบและเข้าใจข้อความตลอดจนเงื่อนไขและวิธีปฏิบัติของบริษัทตามเอกสารฉบับนี้ เป็นอย่างดีโดยละเอียดครบถ้วนแล้ว เห็นว่าถูกต้องตามเจตนาของข้าพเจ้าจึงได้ตกลงยินยอมผูกพันปฏิบัติตามเงื่อนไข และวิธีปฏิบัติของบริษัท ทุกประการ

LETTER OF CONSENT

I, hereby, consent and allow doctors, medical centres, other insurance companies or any relevant persons who have acquired my personal data, health information, disability, sexual behaviour, biometric data, genetic data, my previous medical history including any future information which were available to disclose and release such information to the Agent Company, the life insurance company, or the Company's representatives in order to apply for an insurance policy, or claim the benefit thereof, or dealing with the insurance policy in any manner.

I, hereby, grant my consent to the Company to collect, use, disclose and release my personal data, health information, disability, sexual behaviour, biometric data, genetic data, and my previous medical history including any future information to the competent authorities or the reinsurers, relevant persons, the Company's life insurance agents, its personnel, and its representatives for the purpose of applying for an insurance policy, indemnifying the insured person thereunder, or for medical interest or dealing with the insurance policy in any manner.

Additionally, the copy of this Letter of Consent shall be binding as same as the original.

I, hereby, fully acknowledge and fully understand the condition and procedure of the Company under this Letter. I also agree that they are in accordance with my intention. Therefore, I am thereby entirely bound without reservation.

ลงชื่อ (Sign) _____	ลงชื่อ (Sign) _____	ลงชื่อ (Sign) _____
(_____)	(_____)	(_____)
วันที่ (Date) _____/_____/_____	วันที่ (Date) _____/_____/_____	วันที่ (Date) _____/_____/_____
ผู้รับผลประโยชน์ (Beneficiary)	พยาน (Witness)	พยาน (Witness)

ลงชื่อ (Sign) _____ ผู้ให้ความยินยอม (Consent Grantor) ความสัมพันธ์ (Relation with the minor) _____
(_____)
วันที่ (Date) _____/_____/_____

หมายเหตุ : * กรณีผู้เอาประกันภัยเป็นผู้เยาว์ให้ผู้ปกครองลงนามแทนพร้อมระบุความสัมพันธ์ ** กรณีลงนามโดยใช้วิธีพิมพ์ลายนิ้วมือ ต้องมีพยานลงนามรับรอง 2 ท่าน
Remark : * In case the beneficiary is a minor, a guardian must sign together with the minor and specify the relationship. ** In case of signing by fingerprint, signatures of 2 witnesses must be completely provided.

นโยบายข้อมูลส่วนบุคคล