



บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

OCEAN LIFE INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

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

หนังสือแจ้งความประสงค์การขอเอกสารคำรักษาพยาบาลคืน

วันที่แจ้งความประสงค์

ข้าพเจ้า นาย/นาง/น.ส./ค.ช./ค.ญ.

บริษัท สังกัด/หน่วยงาน

รหัสพนักงาน..... กรมธรรม์เลขที่

สถานะผู้เอาประกันภัย : พนักงาน สมาชิกครอบครัว

ประเภทการรักษา: ผู้ป่วยนอก (OPD) ผู้ป่วยใน (IPD) ทันตกรรม (DT)

วันที่รักษา ชื่อสถานพยาบาล

คำรักษา สาเหตุ

มีความประสงค์ที่จะขอเอกสารคืนภายหลังการพิจารณาสินไหมฯ แล้ว รายละเอียด ดังนี้

ใบเสร็จรับเงิน/ใบรับรองแพทย์(Receipt/Medical Certificate) อื่นๆ ระบุ (Other)

กรณาระบุเหตุผล

เพื่อเรียกร้องค่ารักษาส่วนที่ยังจ่ายไม่เต็มสิทธิ์ จากบริษัทประกันภัยอื่นๆ (กรณาระบุชื่อบริษัท)

เพื่อเบิกกับหน่วยงานต้นสังกัดตามสิทธิ์สวัสดิการหรือสิทธิ์อื่นๆ (กรณาระบุชื่อบริษัท/หน่วยงานของรัฐ)

อื่นๆ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นจริง และ หากหน่วยงานของรัฐมีความจำเป็นต้องขอเอกสารต้นฉบับรายการที่ข้าพเจ้าขอคืนไป ข้าพเจ้ายินดีที่จะดำเนินการจัดส่งเอกสารคืนบริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) โดยด่วน

ลงชื่อ ผู้เอาประกันภัย//HR/ผู้ประสานงาน

(.....) ตัวบรรจง

ลงชื่อ พยาน / ตัวแทน

(.....) ตัวบรรจง

หมายเหตุ :

- กรณีผู้เอาประกันสำรองจ่ายและส่งเอกสารมาเบิกกับบริษัท หากแจ้งความประสงค์ภายหลังนับจากบริษัทได้รับเอกสารเรียกร้องสินไหมฯ ระยะเวลาเกิน 15 วัน คิดค่าธรรมเนียมการเบิกเอกสารครั้งละ 300 บาท (เบิกจากคลังเอกสาร)

- กรณีใช้สิทธิ์เรียกร้องสินไหมฯ ผ่าน Fax Claim, Credit การขอรับรองสำเนาใบเสร็จรับเงินจะสามารถทำได้ เมื่อบริษัทฯ ได้รับเอกสารจากโรงพยาบาลทั้งหมดแล้ว

- บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนต้นฉบับใบเสร็จรับเงิน กรณีที่มีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเต็มจำนวนตามใบเสร็จรับเงิน