



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

## ใบนำส่งเอกสารเรียกร้องสินไหมมรณกรรมประกันชีวิตกลุ่ม/ประกันอุบัติเหตุกลุ่ม/ประกันสินเชื่อ

ชื่อสำนักงานตัวแทน/Broker \_\_\_\_\_ ที่อยู่ / อาคาร \_\_\_\_\_  
หมายเลขโทรศัพท์/โทรสาร \_\_\_\_\_ เลขที่กรมธรรม์ \_\_\_\_\_  
ชื่อ-สกุล ผู้เสียชีวิต \_\_\_\_\_ ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ \_\_\_\_\_

เอกสารที่ต้องส่งทบทวน ( ชัด v ใน  เฉพาะรายการที่ส่งมา )

เอกสารที่ต้องส่งทบทวน		สำหรับเจ้าหน้าที่บริษัทฯ เท่านั้น	
	ส่ง	ไม่ได้รับ	รายละเอียด
1. สำเนาใบมรณบัตรของผู้เอาประกันภัย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัย ซึ่งประทับตรา " ดาย "	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เอาประกัน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ทุกราย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับประโยชน์ทุกราย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. แบบเรียกร้องสินไหมมรณกรรม ลงนามโดยผู้รับประโยชน์ทุกคน กรณีผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ให้บิดาหรือมารดาหรือผู้ปกครองผู้เยาว์ ตามคำสั่งศาลลงนามด้วย หรือกรณีผู้รับประโยชน์เป็น นิติบุคคล/นายจ้าง ลงนามโดยผู้มีอำนาจกระทำการแทนบุคคลดังกล่าวพร้อมประทับตราสำคัญ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>เอกสารที่ต้องส่งตามแบบประกัน</b>			
<b>แบบประกัน GH ,GL,GA</b>			
7. หนังสือรับรองการเป็นพนักงานโดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับ วันเข้าทำงาน ตำแหน่งงาน เงินเดือนปัจจุบัน วันพ้นสภาพการเป็นพนักงาน พร้อมระบุสาเหตุ การพ้นสภาพ ลงนามและประทับตราโดยผู้มีอำนาจของบริษัทฯ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>แบบประกัน GU</b>			
8. หนังสือรับรองการเป็นสมาชิกของกลุ่มสหกรณ์/กองทุนโดยแจ้งรายละเอียด เกี่ยวกับวันที่เริ่มเป็นสมาชิก วันที่พ้นสภาพการเป็นสมาชิก พร้อมระบุสาเหตุ การพ้นสภาพ ลงนามและประทับตราโดยผู้มีอำนาจของสหกรณ์/กองทุน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9. สำเนาการกู้เงินสำหรับกรมธรรม์ที่เป็นการคุ้มครองเงินกู้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>แบบประกัน GS</b>			
10. หนังสือรับรองการเป็น นักเรียน นิสิต นักศึกษา จากสถานศึกษาพร้อม ประทับตราสถานศึกษา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>เอกสารที่ต้องส่งกรณีเสียชีวิตโดยเหตุผิดธรรมชาติ เช่น อุบัติเหตุ</b>			
11. สำเนารายงานประจำวันตำรวจ ซึ่งรับรองสำเนาถูกต้องโดยนายตำรวจ ยศสัญญาบัตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12. สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพ หรือสำเนารายงานการผ่าพิสูจน์ศพ ซึ่งรับรองสำเนาถูกต้องโดยนายตำรวจยศสัญญาบัตร หรือแพทย์ผู้ชันสูตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>เอกสารสำคัญอื่นๆที่ต้องส่งแล้วแต่กรณี</b>			
13. สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-สกุลของผู้เอาประกัน / ผู้รับประโยชน์ กรณีที่ชื่อไม่ตรงตามที่ระบุในกรมธรรม์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
14. สำเนาสูติบัตรของผู้เอาประกัน/ผู้รับประโยชน์กรณียังไม่มีบัตรประชาชน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>หมายเหตุ</b>			
-เอกสารของผู้เอาประกันภัยต้องลงลายมือชื่อรับรองสำเนาโดยผู้รับประโยชน์คนใดคนหนึ่ง -เอกสารของผู้รับประโยชน์ต้องลงลายมือชื่อรับรองสำเนาโดยผู้รับประโยชน์แต่ละคน -กรณีที่ผู้รับประโยชน์เป็นผู้เยาว์ ต้องรับรองสำเนาถูกต้องโดยบิดา/มารดาหรือผู้ปกครอง ผู้เยาว์ตามคำสั่งศาลพร้อมสำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของ บิดา มารดา หรือผู้ปกครองผู้เยาว์ตามคำสั่งศาล			
ผู้นำส่ง _____ วันที่ส่ง _____		ลงชื่อผู้รับ _____ วันที่รับ _____	



สำนักงานใหญ่ เลขที่ 170/74-83 อาคารโอเชียนทาวเวอร์ 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 ว่างที่กรอกเอกสาร

ใบเรียกร้องสินไหมมรดกกรมประกันชีวิตกลุ่ม

คำแนะนำ

- 1. ระบุข้อมูลถ้อยแถลงของผู้ถือกรมธรรม์ให้ครบถ้วน ลงนามและประทับตราโดยผู้มีอำนาจ
2. ระบุข้อมูลของผู้รับประโยชน์ให้ครบถ้วน พร้อมลงลายมือชื่อผู้รับประโยชน์ทุกคน

ถ้อยแถลงผู้ถือกรมธรรม์ กรณีพนักงาน : GH 5276

1. ชื่อผู้ถือกรมธรรม์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่กรมธรรม์ กรณีญาติสายตรง : GH 5286

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

Table with 4 columns: โรค, รักษาครั้งแรกเมื่อ, ระยะเวลาการรักษา, สถานพยาบาล

ลายมือชื่อผู้ถือกรมธรรม์/ประทับตราสำคัญ



Table with 4 columns: ชื่อ-สกุล, อายุ, ความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต, ลายมือชื่อ. Includes rows for beneficiaries: ผู้รับผลประโยชน์ลงนาม

CODE CL/Gp/02

กรอกข้อมูลเฉพาะกรอบสีแดง

พร้อมกรอกชื่อผู้รับผลประโยชน์ทุกรายพร้อมให้เจ้าตัวลงนาม



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

แบบเรียกร้องสินไหมมรณกรรมประกันชีวิต  
Death Claim Request Form

คำแนะนํ : 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) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ **พนักงาน 5276**  
 กรมธรรม์ประกันกลุ่มเลขที่ (Policy No.) GH/GA/GL/GS/GU 5276 หรือ 5286 **ญาติสายตรง 5286**  
 วันที่เริ่มสัญญา (Effective Date) \_\_\_\_\_ หนังสือรับรองเลขที่ (Certificate No.) \_\_\_\_\_



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 (Relationship) \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า รายละเอียดข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ (I hereby certify that the above statement is truthful in all aspects.)

**กรอกข้อมูลให้ครบถ้วน**

ลงชื่อ \_\_\_\_\_ ผู้รับผลประโยชน์  
 ( \_\_\_\_\_ )

หนังสือให้ความยินยอมข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้า ขอใช้และยินยอมให้ แพทย์ สถานพยาบาล บริษัทประกันภัยอื่น หรือ บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ความพิการ พฤติกรรมทางเพศ ข้อมูลชีวภาพ ข้อมูลพันธุกรรม เชื้อชาติ และประวัติการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า หรือข้าพเจ้าที่ผ่านมาหรือจะมีขึ้นในอนาคต 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 บุคลากร หรือผู้แทนของบริษัท หรือผู้ถือกรมธรรม์ และ/หรือบริษัทนายหน้าประกันภัย เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ประกันภัย หรือใช้ประโยชน์ทางการแพทย์หรือเพื่อใช้ในการดำเนินการใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรมธรรม์ประกันภัย

อนึ่ง สำเนาหนังสือให้ความยินยอมนี้ให้ถือว่ามีผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

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) \_\_\_\_\_  
 ( **ผู้รับผลประโยชน์ลงนาม** )  
 วันที่ (Date) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 ผู้รับผลประโยชน์ (Beneficiary)

ลงชื่อ (Sign) \_\_\_\_\_  
 ( \_\_\_\_\_ )  
 วันที่ (Date) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 พยาน (Witness)

ลงชื่อ (Sign) \_\_\_\_\_  
 ( \_\_\_\_\_ )  
 วันที่ (Date) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 พยาน (Witness)

ลงชื่อ (Sign) \_\_\_\_\_ ผู้ให้ความยินยอม (Consent Grantor) ความสัมพันธ์ (Relation with the minor) \_\_\_\_\_  
 ( \_\_\_\_\_ )

วันที่ (Date) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**หมายเหตุ กรณีมีผู้รับผลประโยชน์หลายราย ให้เขียนรายละเอียด 1 ชุด**

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