


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

 สำนักงานใหญ่ 170/74-83 อาคารโอเชียนไลฟ์ 1 ถนนสีลมพิกัด 10110
 โทร. 0-2261-2300 โทรสาร 0-2261-3344 www.ocean.co.th E-mail : info@ocean.co.th

ชำระเบี้ยประกัน

-
- รายเดือน โดยยินยอมให้หน่วยงาน
-
- ดันสังกัดของสมาชิกหลักหัก
-
- เงินเดือน/ค่าจ้างเป็นเบี้ยประกัน
-
-
- งวดเดียว
-
- ลงชื่อ
-
- (.....)
-
- สมาชิกหลัก

เฉพาะสมาชิกใหม่เท่านั้น !!!

B :

ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่ม (สำหรับสมาชิกผู้เอาประกันภัย)
Group Life Insurance Application Form (For Insured Person)
“สำหรับบิดามารดา – คู่สมรส”

กรมธรรม์เลขที่.....

ใบสำคัญสมาชิกเลขที่.....

กรอกโดยเจ้าหน้าที่ บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

Group Insurance Benefits Plan

 LIFE..... AD&D.....
 ME..... TPD.....
 HEALTH..... OTHERS.....

Effective Date: [] / [] / []

Remarks:

PIC:

 สมัครแผน 1 (ทุน 100,000 บาท) 2 (ทุน 200,000 บาท) 3 (ทุน 300,000 บาท)

 ทัศนคติ สมัคร ไม่สมัคร

 พนักงาน/สมาชิกองค์กร
 Employee/Org. Member

 คู่สมรส บุตร บิดา-มารดา
 Spouse Children Parents

 กรณีที่มีการแก้ไข ลบ ชีดฆ่า ผู้ขอเอาประกันชีวิต โปรดลงลายมือชื่อกำกับด้วยปากกาดำมด้วยวง
 In case of edit, erasure or strike out, please affix your name with the same pen.

 ชื่อ-นามสกุล สมาชิกผู้เอาประกันภัย (โปรดระบุคำนำหน้าด้วย)..... เพศ ชาย หญิง
 Name and Surname of Insured Person (Please Specify Prefix) Gender Male Female

 เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน []..... วันที่บัตรหมดอายุ [] / [] / []
 I.D. Number Date of Expiry

 วัน เดือน ปี เกิด [] / [] / [] อายุ [] ปี น้ำหนัก [] กก. ส่วนสูง [] ซม.
 Date of Birth (dd/mm/yyyy) Age Year Weight kg. Height cm.

 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....
 Permanent Address

 ที่อยู่ปัจจุบัน/ที่ติดต่อ.....
 Current/Contact Address

 โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์บ้าน..... อีเมล.....
 Mobile Phone Home Phone E-Mail Address

 สถานภาพ โสด สมรส หม้าย หย่าร้าง อาชีพ.....
 Marital Status Single Married Widow Divorce Occupation

 ชื่อ-นามสกุล คู่สมรส..... อาชีพคู่สมรส.....
 Name and Surname of Spouse Spouse's Occupation

สำหรับบุคลากร

สังกัด (คณะ/สถาบัน/ศูนย์/สำนัก/วิทยาลัย)

วันที่เข้าทำงาน

 สถานภาพการทำงานในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ข้าราชการ ลง.เงินงบ ลง.เงินนอก
 พนม.เงินอุดหนุน พนม.เงินรายได้ พนม.ประจำโครงการ อื่นๆ ระบุ.....

สำหรับคู่สมรส/บุตร/บิดา-มารดา

ชื่อ-นามสกุล สมาชิกหลัก..... รหัสพนักงาน/สมาชิก.....

 ชื่อ-นามสกุล ผู้รับผลประโยชน์ ความสัมพันธ์ ตัดส่วนผลประโยชน์ (%) ที่อยู่
 Name and Surname of Beneficiary Relationship Proportion of Benefit (%) Address

- 1).....
-
- 2).....
-
- 3).....

หมายเหตุ โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชน และ/หรือ สูติบัตรสำหรับบุตร และสำเนาบัญชีธนาคารสำหรับการโอนค่ารักษาพยาบาล

คำถามเกี่ยวกับสุขภาพ และประวัติการเจ็บป่วยหรือการรักษาโรคของสมาชิกผู้เอาประกันภัย
Questions about the applicant's health and disease or treatment history.

(ก) ท่านมีสุขภาพทางร่างกายและจิตใจสมบูรณ์ดี ไม่มีมีภาวะส่วนใดของร่างกายพิการและ/หรือทุพพลภาพ หรือไม่มีป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือไม่มีเป็นโรคร้ายแรงใด ๆ

Do you have a good health, no mental and physical abnormalities and/or disability or no illness caused by AIDS or HIV or any critical illness?

ใช่ ไม่ใช่ (โปรดระบุรายละเอียด).....
Yes No (Please give full details)

(ข) ในระหว่าง 3 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยให้แพทย์ตรวจ หรือเข้าสถานพยาบาลทำการรักษาตัว ตรวจโลหิต ความดันโลหิต ปัสสาวะ เอกซเรย์ ตรวจหัวใจ หรือตรวจอย่างอื่นหรือไม่?

During the last 3 years, Have you consulted any medical advisor, or received any treatment, blood tests, blood pressure, urine, X-ray, heart test or something else?

เคย ไม่เคย (โปรดระบุรายละเอียด).....
Yes No (Please give full details)

การให้ถ้อยคำ การมอบอำนาจ และการให้ความยินยอม
Statements giving, giving authorization, giving consent

1. ข้าพเจ้ายืนยันว่าคำตอบทุกข้อในใบคำขอเอาประกันภัยนี้ รวมถึงถ้อยแถลงที่ได้ตอบกับแพทย์ผู้ตรวจสุขภาพ เป็นความจริงทุกประการ ซึ่งข้าพเจ้าเข้าใจดีว่าหากข้าพเจ้าไม่แถลงข้อความจริง บริษัทอาจจะปฏิเสธการรับประกันภัย และปฏิเสธการจ่ายเงินตามกรมธรรม์

I confirm that the answers in this application that I have given, including the answers to the authorized medical examiner are true and correct in all respects. I understood well that if I do not provide full disclosure the company may decline the application or deny the benefits payment.

2. ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ หรือบริษัทประกันภัยอื่น หรือสถานพยาบาล ซึ่งมีประวัติสุขภาพของข้าพเจ้าที่ผ่านมา หรือจะมีขึ้นต่อไปในอนาคต เปิดเผยข้อเท็จจริงให้แก่บริษัท หรือผู้แทนของบริษัท เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ได้

I hereby authorize physicians or other insurers or hospitals that have my past or future health records to disclose all information to Ocean Life Insurance Public Company Limited or its representatives for the purpose of applying for insurance coverage or benefits payment.

3. ข้าพเจ้ายินยอมให้บริษัท จัดเก็บ ใช้ และเปิดเผย ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสุขภาพ และข้อมูลของข้าพเจ้า ต่อบริษัทประกันภัย หรือบริษัทประกันภัยต่อ หรือหน่วยงานที่มีอำนาจตามกฎหมาย หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อการขอเอาประกันภัย หรือการจ่ายเงินตามกรมธรรม์ หรือประโยชน์ทางการแพทย์ได้

I hereby authorize Ocean Life Insurance Public Company Limited to record, use, and disclose the information about my health and my personal information to other insurers or reinsurers or person in authority or health care providers for the purpose of applying for insurance coverage or benefits payment or medical treatments.

ลงชื่อ (Signed).....

ลงชื่อ (Signed).....

(.....)

(.....)

ผู้ให้ความยินยอมในฐานะบิดาหรือมารดาหรือผู้แทน โดยชอบธรรม

สมาชิกผู้เอาประกันภัย

ของสมาชิกผู้เอาประกันภัย (กรณีสมาชิกผู้เอาประกันภัยยังไม่บรรลุนิติภาวะ)

Insured Person's Signature

Parent or guardian of the Insured Person (In case the Insured Person is minor)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.
Date Month Year

คำเตือนของสำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.)

ให้ตอบคำถามข้างต้นตามความเป็นจริงทุกข้อ มิฉะนั้นบริษัทอาจถือเป็นเหตุปฏิเสธความรับผิดชอบตามสัญญาประกันภัยได้ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์มาตรา 865

REMINDER OF OFFICE OF INSURANCE COMMISSION

Give answers to all questions above truthfully otherwise the company may have caused to deny liability under this policy in accordance with section 865 of the Civil & Commercial Code.