



# 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

G003

## ใบคำขอเอาประกันชีวิตกลุ่ม (สำหรับสมาชิกผู้เอาประกันภัย) Group Life Insurance Application Form (For Insured Person)

กรมธรรม์เลขที่.....  
Policy Number

ใบสำคัญสมาชิกเลขที่.....  
Certificate Number

กรอกโดยเจ้าหน้าที่ บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)  
Ocean Life Insurance Public Company Limited to Complete

### Group Insurance Benefits Plan

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

Effective Date: [ ] / [ ] / [ ]

Remarks:  
.....  
.....

PIC:

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

พนักงาน/สมาชิกองค์กร  
Employee/Org. Member

คู่สมรส  บุตร  บิดา-มารดา  
Spouse Children Parents

จำนวนทุนประกัน.....บาท จำนวนเบี้ยประกัน.....บาท

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

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

วัน เดือน ปี เกิด [ ] / [ ]  
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

### สำหรับพนักงาน/สมาชิกองค์กร (For Employee/Org. Member)

ชื่อบริษัท/องค์กร..... วันที่เข้าทำงาน [ ] / [ ] / [ ]  
Company/Org. Name Date of Entry

รหัสพนักงาน/สมาชิก..... ตำแหน่งงาน..... โทรศัพท์ที่ทำงาน.....  
Employee/Member ID. Position Office Phone

### สำหรับคู่สมรส/บุตร/บิดา-มารดา (For Spouse/Children/Parents)

ชื่อ-นามสกุลพนักงาน/สมาชิกหลัก..... รหัสพนักงาน/สมาชิก.....  
Name and Surname of Employee/Member Employee/Member ID.

ชื่อ-นามสกุล ผู้รับผลประโยชน์	ความสัมพันธ์	สัดส่วนผลประโยชน์ (%)	ที่อยู่
Name and Surname of Beneficiary	Relationship	Proportion of Benefit (%)	Address
1).....	.....	.....	.....
2).....	.....	.....	.....
3).....	.....	.....	.....
4).....	.....	.....	.....

