



บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

OCEAN LIFE INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

สำนักงานใหญ่ 170/74-83 อาคารไอเซี่ยนทาวเวอร์ 1 ถนนรัชดาภิเษก เขตคลองเตย กทม. 10110
www.ocean.co.th E-Mail: info@ocean.co.th ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1503 โทรสาร 0 2207 8822

ใบรับรองความเห็นแพทย์

สำหรับเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาล/ค่าชดเชยรายวัน แบบผู้ป่วยนอก

แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบประกอบวิชาชีพ โปรดระบายนละเอียดการรักษาทุกข้อ ไม่ควรเว้นว่างในคำถาม กรณีที่ไม่มีคำตอบให้เขียนว่า "NO" หรือ "-" แทนคำตอบหรือ Unknown ทั้งนี้ เพื่อให้ข้อมูลนั้นครบสมบูรณ์ (หากมีค่าธรรมเนียม ผู้เอาประกันเป็นผู้รับผิดชอบ)

| | | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|---|------------|
| Patient's name _____ | | Age _____ | Years _____ | Sex <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | H.N. _____ |
| ID Card No. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | V.N. _____ |
| Hospital _____ | | Address _____ | | | |
| | | Province _____ | Tel _____ | FAX _____ | |
| Visit Date:(DD/MM/YY) _____ Time _____ AM./PM. | | | | | |
| Chief Complaint _____ | | | | | |
| 1. Date of accident (DD/MM/YY) _____ | | Time _____ | AM./PM. | Cause of accident / Illness _____ | |
| 2. Present Illness / Accident date _____ | | Date you first saw the patient for this Illness / Injury _____ | | | |
| 3. Is this the Illness / Injury related to an Accident?: () Yes () No | | | | | |
| Symptom & Sign _____ | | | | | |
| 4. Diagnosis 1 _____ Diagnosis 2 _____ | | | | | |
| 5. Investigations result: X-Ray report _____ | | | | | |
| 6. Investigations result: Lab report _____ | | | | | |
| 7. Procedure Treatment <input type="checkbox"/> Suture _____ stitch(s) <input type="checkbox"/> Wound dressing <input type="checkbox"/> Physical therapy <input type="checkbox"/> Other _____ | | | | | |
| 8. Medication _____ | | | | | |
| 9. Was the injury / Illness contributed to or influenced?: <input type="checkbox"/> Physical defects/congenital anomaly <input type="checkbox"/> Unfavorable past medical history | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Degenerative change(s) <input type="checkbox"/> A family history that increased the probability or severity of this disease <input type="checkbox"/> Alcohol or Drug Abuse | | | | | |
| 10. Was the patient under the influence of alcohol or drug at the time of arrival to the hospital?: () No () Yes _____ | | | | | |
| 11. For female patient only, is she pregnant?: () No () Yes, estimated gestation period _____ weeks | | | | | |
| 12. Follow up is need?: () No () Yes _____ Time, on Date _____ | | | | | |

| | |
|---|--------------------|
| To be completed by Attending Physician | |
| I hereby certify that I have personally examined and treated the insured in connection to the above disability and that the facts are in my opinion as given above. | |
| Name of Doctor _____ | Signature _____ |
| Qualification _____ | Specialty _____ |
| Thailand's Medical registration _____ | |
| Name of Hospital/Official Stamp _____ | Telephone No _____ |
| Date _____ | |

ข้อควรทราบ ผู้ใดในการประกอบกรงานวิชาแพทย์ ทำคำรับรองหรือเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชนผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญา ตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปีหรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกใดคนหนึ่ง