บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
OCEAN LIFE INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED
สำนักงานใหญ่ 170/74-83 อาคารโอเชี่ยนทาวเวอร์ 1 ถนนรัชดาภิเษก เขตคลองเตย กทม. 10110
www.ocean.co.th E-Mail: info@ocean.co.th ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1503 โทรสาร 0 2207 8822

ใบรับรองความเห็นแพทย์

โรคหลอดเลือดแดงโคโรนารี่/โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ

ผู้ป่วย : นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ _____ ชื่อ _____ นามสกุล _____ HN: _____

หมายเลขบัตรประชาชน : ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐ อายุ _____ ปี AN: _____

Details of Insured's illness

1. Date first saw the patient for this illness_____ Present illness _____
2. Chief complaint/Clinical finding (Symptom & signs) _____
3. Diagnosis illness_____ Stage_____ (ICD10)_____
4. Please describe the extent of the disease.
   - 4.1 What was the cause of the coronary artery disease?:_____
   - 4.2 Was the patient chest pain?: ( ) No ( ) Yes Date of first chest pain_____ Date of last chest pain_____
   - 4.3 Was coronary ateriography performed?: ( ) No ( ) Yes _____
   - 4.4 Which arteries are involved: ☐ Right coronary artery ☐ Left anterior descending ☐ Left circumflex artery ☐ Left main stem
   - 4.5 What is the degree of narrowing(%) in respect of each involved artery?
     Right coronary artery_____% Left anterior descending_____%
     Left circumflex artery_____% Left main stem_____%
5. Investigation/Laboratory report
   - 5.1 Anti-HIV test: ( ) No ( ) Yes if "Yes" please give result _____ DD/MM/YY_____
   - 5.2 Please enclose copies of all reports that are available:
     ☐ Cardiac enzyme assays ☐ Resting EKGs ☐ Echocardiograms ☐ Coronary angiography ☐ Exercise stress test
     ☐ Surgical reports ☐ Isotope studies ☐ HIV test ☐ Any relevant hospital reports_____
6. What was the treatment? (Please specify): _____
   - 6.1 Was open chest coronary artery bypass grafting performed?: ( ) No ( ) Yes _____
   - 6.2 What other forms of treatment were randered?: _____
7. Prognosis: ( ) Excellent ( ) Good ( ) Fair ( ) Poor Need follow up _____
8. Could the illness be recover?: ( ) No ( ) Yes for_____Hours/ Days/ Months/ Years
9. Please state if the insured has suffered/ been trearted for any other illness(es) /complaints other than the Critical illness:
10. If there are any further information which in your opinion will assist us in assessing this claim, for example, an adverse family history, please furnish such information below _____

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 ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาแพทย์ ทำคำรับรองหรือเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชนผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญาตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปีหรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโสดหนึ่ง