



บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

OCEAN LIFE INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

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

ใบรับรองความเห็นแพทย์

โรคไตวายเรื้อรัง

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 underlying cause?: _____

4.2 Which side of kidney failure?: Left side Right side Both side of kidneys

4.3 Has the insure's renal disease reach end-stage?: () No () Yes, If "Yes" , Diagnosis date _____

5. Investigation/Laboratory report

5.1 Result of kidney function test: () No () Yes

5.2 Anti-HIV test: () No () Yes, If "Yes" please give result _____ DD/MM/YY _____

5.3 Please enclose copies of all reports that are available:

Kidney function test/ other Cystoscope report Biopsy report Pyelogram report HIV test X-ray

CT scan Ultrasound MRI Surgical reports Any relevant hospital reports _____

6. Please describe the extent of the kidney failure.

6.1 Was the insured undergoing regular peritoneal dialysis or hemodialysis?

() No () Yes Start date _____ Detail: _____

6.2 Has renal transplantation been performed?

() No () Yes date _____ Detail: _____

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 treated 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 _____

ข้อความ ผู้ใดในการประกอบกรงานวิชาชีพ ทำคำรับรองหรือเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชนผู้หนึ่งกระทำผิดทางอาญา ตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปีหรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และอีกทั้งจำคุกต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโสดหนึ่ง