



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

โรคหลอดเลือดสมองแตกหรืออุดตัน

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 Nature of episode: Haemorrhage Thrombosis Embolism Brain infarction

4.2 Location and extent of lesion: _____

4.3 What was the cause of stroke and underlying cause?: _____

4.4 Duration of the acute symptom?: _____

4.5 Did the patient present limitation, physical and mental?: () No () Yes _____

5. Please describe the extent of the Major stroke.

5.1 Please comment on any neurological sequela, which lasted more than 24 hours: _____

Are these sequela permanent?: _____

5.2 Please state if the insured has previously suffered/ been treated for any of the following conditions.

Smoking () No () Yes Duration _____ years Dyslipidemia () No () Yes Duration _____ years

DM () No () Yes Duration _____ years Heart disease () No () Yes Duration _____ years

HT () No () Yes Duration _____ years CVA () No () Yes Duration _____ years

Other illness: _____

6. Investigation/Laboratory report

6.1 Anti-HIV test: () No () Yes if "Yes" please give result _____ DD/MM/YY _____

6.2 First CT scan date(DD/MM/YY) _____ Report _____

6.3 Last/ repeat CT scan date(DD/MM/YY) _____ Report _____

6.4 Please enclose copies of all reports that are available:
 X-ray MRI CT scan Neuro Assessment HIV test Operation note Any relevant reports _____

7. What was the treatment? (Please specify): _____

8. Prognosis: () Excellent () Good () Fair () Poor Need follow up _____

9. Could the illness be recover?: () No () Yes for _____ Hours/ Days/ Months/ Years
 Date of return to normal activities: _____

10. Please state if the insured has suffered/ been treated for any other illness(es) /complaints other than the Critical illness:

11. 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 _____

ข้อความทราบ ผู้ใดในการประกอบกิจการงานวิชาชีพแพทย์ ทำคำรับรองหรือเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชนผู้หนึ่งกระทำความผิดทางอาญา ตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปีหรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโดยหนึ่ง