

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

ใบรับรองความเห็นแพทย์

ภาวะกระดูกแตกหัก

ผู้ป่วย : นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ ชื่อ นามสกุล AN: หมายเลขบัตรประชาชน : อายุ ปี HN:

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

ภาวะกระดูกแตกหัก(Broken Bone)

1. Please describe the extent of the accident.

1.1 Date of accident(DD/MM/YY) Time AM./PM.1.2 Nature and cause of the accident 1.3 Please provide the exact detail of any bone fracture

2. Please describe the extent of fracture

2.1 Has the claimant sustained one or more fracture? () No () Yes If "Yes", please supplies the following details, for each fracture sustained.

Type of fracture - e.g. Compound, Complete, Multiple, Depressed skull fracture or all Other fracture types

2.2 Type of the fracture suffered of following of accident - Attach the radio gist report

 Skull Ulna Femur Tibia Fibula Radius2.3 If there evidence of osteoporosis? () No () Yes If "Yes", was this the first diagnosis 2.4 Are any of the fracture described above, pathological fracture? () No () Yes If "Yes", please details and state which 2.5 Are any of the fracture described above, congenital disorder? () No () Yes If "Yes", please details and state which

3. What treatment carried out of the claimant receive? Please include details of medication, physical aids, Physiotherapy and surgery

3.1 Nature of Surgical procedure

Location/Description Approach used (Close reduction, Open Reduction, Metal fixation, Other) Location/Description Approach used (Close reduction, Open Reduction, Metal fixation, Other) Location/Description Approach used (Close reduction, Open Reduction, Metal fixation, Other)



3.2 Is any further treatment planned, please provide full detail _____

3.3 Is this injuries related to any previous injury or illness the claimant had prior to this attendance? If yes please advise details to include date of any previous injury/illness

() Yes () No (DD/MM/YY) _____

4. If there any further information which in your opinion will assist us in assessing this claim, 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.

Physician's signature: _____ Medical speciality _____ Medical license no: _____
 (_____) Telephone No _____ Date _____

Name of Hospital/Official Stamp

ข้อควรทราบ ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาแพทย์ ทำคำรับรองหรือเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชนผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญา ตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปีหรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโสดหนึ่ง