



บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

OCEAN LIFE INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED  
 สำนักงานใหญ่ 170/74-83 อาคารไอซีเอ็มทาวเวอร์ 1 ถนนรัชดาภิเษก เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110  
 โทร. 0 2261 2300 โทรสาร 0 2261 3344 www.ocean.co.th E-mail : info@ocean.co.th ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ 0 2207 8888

ใบรับรองความเห็นแพทย์(CI)

โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ(Other Serious Coronary Artery Diseases)

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 rendered?: \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

**ข้อควรทราบ** ผู้ใดในการประกอบกรงานวิชาชีพแพทย์ ทำคำรับรองหรือเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชนผู้ยื่นกระทำความผิดทางอาญา ตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปีหรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโสดหนึ่ง