



บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

OCEAN LIFE PUBLIC COMPANY LIMITED
สำนักงานใหญ่ 170/74-83 อาคารโอเชียนทาวเวอร์ 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)

โรคไตวายเรื้อรัง(Chronic Kidney Failure)

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 Start 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

ข้อควรทราบ ผู้ใดในการประกอบกรงานวิชาชีพ ทำคำรับรองหรือเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชนผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญา ตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปีหรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโดยหนึ่ง