บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
OCEAN LIFE INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED
สำนักงานใหญ่ 170/74-83 อาคารโอเชี่ยนทาวเวอร์ 1 ถนนรัชดาภิเษก เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110
โทร. 0 2261 2300 แฟกซ์ 0 2261 3344 www.ocean.co.th E-mail : info@ocean.co.th ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ 0 2207 8888

ใบรับรองความเห็นแพทย์ (CI)

โรคหลอดเลือดสมองแตกหรืออุดตัน (Major Stroke)

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 trearted 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 trearted 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_____

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