

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

ใบรับรองความเห็นแพทย์

โรคมัลติเปลสเคอโรซิล

ผู้ป่วย : นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ ชื่อ นามสกุณ	РН	IN:
หมายเลขบัตรประชาชน :	อายุปี A	N:
แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบประกอบวิชาชีพ โปรดระบุรายละเอียดการรักษาทุกข้อ ไม่ควรเว้นว่างในคำถาม กรณีที่ไม่มีคำตอบให้เขียนว่า		
"NO" หรือ " - " แทนคำตอบหรือ Unknown ทั้งนี้ เพื่อให้ข้อมูลนั้นครบสมบูรณ์(หากมีค่าธรรมเนียม ผู้เอาประกันเป็นผู้รับผิดชอบ)		
โรคมัลติเปลสเคอโรซิล(MULTIPLE SCLEROSIS)		
Please describe the extent of the disease.		
1.1 When was the first heart attack? (DD/MM/YY)Si	gn / Symptom	_
1.2 When was the fast attack? (DD/MM/YY)Si	gn / Symptom	
1.3 Which CNS areas are involved? (please specified)		
1.4 Are there any permanent newrological deficit?:		
() No () Yes If "Yes", please specified		
1.5 Diagnostic categories for multiple sclerosis in this patient.		
☐ Definite ☐ Probable ☐ At risk		
Date of return to normal activities (DD/MM/YY)		
Did the patient present limitation, physical and mental?: ()Yes () No		
3. Investigation/Laboratory report		
3.1 Was the HIV test performed?:		
() No () Yes If "Yes", please give result		(DD/MM/YY)
3.2 Please enclose copies of all reports that are available:		
☐ HIV test ☐ CSF studies ☐ VEP/BAEP ☐ CT scan	☐ Neurological reports ☐ Elect	tromyogram studies
☐ X-rays ☐ MRI ☐ Any other imaging studies ☐ Al	ny relevant hospital reports	relevant laboratory evidence
4. Please state if the insured has suffered/been treated for any other illness(es) / complaints other than the Critical Illness.		
5. 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 con	nection to the above disability and that th	ne facts are in my opinion as
given above.		
Name of Doctor	Signature	
QualificationSpecialty		tion
Name of Hospital/Official Stamp	Telephone No	
<u>ข้อควรทราบ</u> ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาแพทย์ ทำคำรับรองหรือเอกสารอันเป็นเท็จ โดยป		
ตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปีหรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโสดหนึ่ง		