

Uริษัท 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

งานใหญ่ 170/74-83 อาคารโอเชี่ยนทาวเวอร์ 1 ถนนรัชดาภิเษก เขตคลองเตย กทม. 10110 ocean.co.th E-Mail: info@ocean.co.th ศูเย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1503 โทรสาร 0 2207 8822 กล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งแรกจากการขาดเลือด

ผู้ป่วย : นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆชื่อนามสกุล	HN:
หมายเลขบัตรประชาชน :	อายุปี AN:
แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบประกอบวิชาชีพ โปรดระบุร	
"NO " หรือ " - " แทนคำตอบหรือ Unknown ทั้งนี้ เพื่อให้ข้อมูลนั้นครบสมบูรณ์(หากมีค่าธรรมเนียม ผู้เอาประกันเป็นผู้รับผิดชอบ)	
กล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งแรกจากการขาดเลือด(First Heart Attack)	
Please describe the heart attack.	
1.1 Date of the episode (DD/MM/YY)	
1.2 Was there a history of typical ischemic chest pain?: () Yes () No	
1.3 Was there a serial elevation of cardiac enzymes(Cardiac Troponin(T or I), CPK, CPK-MB, LDH) documented?: () Yes () No	
1.4 Were there any new change in the ECG indicative of a myocardial infarction?: () Yes () No	
1.5 Duration of the acute symptoms,	
1.6 Date of return to normal activities and/or the insured's present limitations, physical and mental. (DD/MM/YY)	
2. Was there death of a portion of the heart muscle?: () No () Yes If "Ye	es", please describe
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 ☐ Isotope studies ☐ Exerc	ise stress test
☐ Cardiac Enzymes assays ☐ Resting ECGs ☐ Echoc	eardiograms Any relevant hospital reports
4. Please state if the insured has suffered/been treated for any of the following co	anditions.
Smoking Yes durationyrs No Dyslipidemia Yes o	durationyrs
DM Yes durationyrs No Dyslipidemia Yes o	durationyrs
HT 🗆 Yes durationyrs 🗆 No Dyslipidemia 🗆 Yes o	durationyrs
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 the facts are in my opinion as
given above.	
Name of Doctor	Signature
QualificationSpecialty	Thailand's Medical registration
Name of Hospital/Official Stamp	Telephone No Date
<u>ข้อควรทราบ</u> ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาแพทย์ ทำคำรับรองหรือเอกสารอันเป็นเท็จ โดยป:	- ระการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชนผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญา
ตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปีหรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรื	อทั้งจำทั้งปรับ และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินใหมทดแทนในทางแพ่งอีกโสดหนึ่ง