



บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

OCEAN LIFE INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

สำนักงานใหญ่ 170/74-83 อาคารโอเชียนทาวเวอร์ 1 ถนนรัชดาภิเษก เขตคลองเตย กทม. 10110
www.ocean.co.th E-Mail: info@ocean.co.th ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1503 โทรสาร 0 2207 8822

ใบรับรองความเห็นแพทย์

ภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (สูญเสียอวัยวะจากการตัดขา)

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 _____ What was the date of complication of Diabetes Mellitus? (DD/MM/YY) _____

4. Please describe the extent of the disease.
 4.1 What were signs and symptoms that appeared in first time of diabetes mellitus? _____
 4.2 How long the symptoms of diabetes mellitus had been present? _____
 4.3 When was the date diagnosed of diabetes mellitus? _____ At hospital _____
 4.4 When the patient consulted for this illness in first time? _____ At hospital _____
 4.5 What was the type of diabetes mellitus? Primary DM (Type I) Secondary DM (Type II) Other _____
 4.6 Has the patient previously suffered from this illness or any related condition? () No () Yes

5. Lower limb amputation due to diabetic complications.
 5.1 Limb amputation: Above knee amputation Left Right Both
 Below knee amputation Left Right Both
 Other _____

6. Investigation/ Laboratory report
 6.1 Fasting blood sugar (FBS) _____ mg/dl DD/MM/YY report _____ 6.2 HbA1c _____ % DD/MM/YY report _____
 6.3 Anti-HIV test: () No () Yes if "Yes" please give result _____ DD/MM/YY _____
 6.4 Please enclose copies of all reports that are available:
 FBS HbA1c HIV test X-ray Ultrasound CT scan MRI Slit lamp biomicroscope test
 Indirect ophthalmoscope test Optical coherence tomography test Surgery Any relevant reports _____

7. What is the nature of treatment of DM?:
 Nutrition control Exercise Monitoring Pharmacologic On insulin Other _____

8. Prognosis: () Excellent () Good () Fair () Poor Need follow up _____

9. Could the illness be recover?: () No () Yes for _____ Hours/ Days/ Mouths/ Years

10. Please state if the insured has suffered/been treated 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 ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาชีพ ทำการรับรองหรือเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชนผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญา ตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปีหรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโดยหนึ่ง