



# บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

OCEAN LIFE INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

สำนักงานใหญ่ 170/74-83 อาคารไอเอ็มทีทาวเวอร์ 1 ถนนรัชดาภิเษก แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กทม. 10110  
Ins. 0 2261 2300 โทรสาร 0 2261 3344 www.ocean.co.th E-mail : info@ocean.co.th ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ 0 2207 8888

ใบรับรองความเห็นแพทย์

สำหรับเรียกร้องสินไหมค่ารักษาพยาบาล/ค่าชดเชยรายวัน แบบผู้ป่วยนอก

แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบประกอบวิชาชีพ โปรดระบุนายละเอียดการรักษาทุกข้อ ไม่ควรเว้นว่างในคำถาม กรณีที่ไม่มีคำตอบให้เขียนว่า "NO" หรือ "-" แทนคำตอบหรือ Unknown ทั้งนี้ เพื่อให้ข้อมูลนั้นครบสมบูรณ์(หากมีค่าธรรมเนียม ผู้เอาประกันเป็นผู้รับผิดชอบ)

Patient's name \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Years Sex  M  F H.N. \_\_\_\_\_

ID Card No.           V.N. \_\_\_\_\_ X.N. \_\_\_\_\_

Hospital \_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

Visit Date:(DD/MM/YY) \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_ AM./PM.

Chief Complaint \_\_\_\_\_

1. Date of accident (DD/MM/YY) \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_ AM./PM. Cause of accident / Illness \_\_\_\_\_

2. Present Illness / Accident date \_\_\_\_\_ Date you first saw the patient for this Illness / Injury \_\_\_\_\_

3. Is this the Illness / Injury related to an Accident?: ( ) Yes ( ) No

Symptom & Sign \_\_\_\_\_

4. Diagnosis 1 \_\_\_\_\_ Diagnosis 2 \_\_\_\_\_

5. Investigations result: X-Ray report \_\_\_\_\_

6. Investigations result: Lab report \_\_\_\_\_

7. Procedure Treatment  Suture \_\_\_\_\_stitch(s)  Wound dressing  Physical therapy  Other \_\_\_\_\_

8. Medication \_\_\_\_\_

9. Was the injury / Illness contributed to or influenced?:  Physical defects/congenital anomaly  Unfavorable past medical history  
 Degenerative change(s)  A family history that increased the probability or severity of this disease  Alcohol or Drug Abuse

10. Was the patient under the influence of alcohol or drug at the time of arrival to the hospital?: ( ) No ( ) Yes \_\_\_\_\_

11. For female patient only, is she pregnant?: ( ) No ( ) Yes, estimated gestation period \_\_\_\_\_ weeks

12. Follow up is need?: ( ) No ( ) Yes \_\_\_\_\_ Time, on Date \_\_\_\_\_

**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 ทำคำรับรองหรือเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชนผู้ันั้นกระทำความผิดทางอาญา ตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปีหรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโสดหนึ่ง