



บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

OCEAN LIFE INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

สำนักงานใหญ่ 170/74-83 อาคารไอเอ็มทีแควอเตอร์ 1 ถนนรัชดาภิเษก เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110

Tel: 0 2261 2300 โทรสาร 0 2261 3344 www.ocean.co.th E-mail: info@ocean.co.th ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ 0 2207 8888

ใบรับรองความเห็นแพทย์

โรคมัลติเปิลสเคลโรซิส

ผู้ป่วย : นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ _____ ชื่อ _____ นามสกุล _____ HN: _____

หมายเลขบัตรประชาชน : อายุ _____ ปี AN: _____

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

โรคมัลติเปิลสเคลโรซิส(MULTIPLE SCLEROSIS)

1. Please describe the extent of the disease.

1.1 When was the first heart attack? (DD/MM/YY) _____ Sign / Symptom _____

1.2 When was the fast attack? (DD/MM/YY) _____ Sign / Symptom _____

1.3 Which CNS areas are involved? (please specified) _____

1.4 Are there any permanent neurological deficit?:
() No () Yes If "Yes", please specified _____

1.5 Diagnostic categories for multiple sclerosis in this patient.
 Definite Probable At risk

2. 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 Electromyogram studies
 X-rays MRI Any other imaging studies Any relevant hospital reports Any 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 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 _____

ผู้ตรวจตรา ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาแพทย์ ทำคำรับรองหรือเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชนผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญา ตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปีหรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโสดหนึ่ง