บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)
OCEAN LIFE INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED
สำนักงานใหญ่ 170/74-83 อาคารโอเชี่ยนทาวเวอร์ 1 ถนนรัชดาภิเษก เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110
โทร. 0 2261 2300 แฟกซ์ 0 2261 3344 www.ocean.co.th E-mail : info@ocean.co.th ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ 0 2207 8888

ใบรับรองความเห็นแพทย์

กล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งแรกจากการขาดเลือด

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)

กล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งแรกจากการขาดเลือด(First Heart Attack)

1. 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 "Yes", 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 ☐ Exercise stress test ☐ Coronary angiography

   ☐ Cardiac Enzymes assays ☐ Resting ECGs ☐ Echocardiograms ☐ Any relevant hospital reports

4. Please state if the insured has suffered/been treated for any of the following conditions.

Smoking	☐ Yes duration_____yrs	☐ No	Dyslipidemia	☐ Yes duration_____yrs	☐ No
DM	☐ Yes duration_____yrs	☐ No	Dyslipidemia	☐ Yes duration_____yrs	☐ No
HT	☐ Yes duration_____yrs	☐ No	Dyslipidemia	☐ Yes duration_____yrs	☐ No

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_____

<u>ข้อควรทราบ</u> ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาแพทย์ ทำคำรับรองหรือเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชนผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญา ตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปีหรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโสดหนึ่ง