



# บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

OCEAN LIFE INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED  
สำนักงานใหญ่ 170/74-83 อาคารไอเอ็มทีแควอเตอร์ 1 ถนนรัชดาภิเษก แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110  
Tels. 0 2261 2300 โทรสาร 0 2261 3344 www.ocean.co.th E-mail : info@ocean.co.th ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ 0 2207 8888

ใบรับรองความเห็นแพทย์

โรคหลอดเลือดสมองแตกหรืออุดตัน

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 \_\_\_\_\_ Stage \_\_\_\_\_ (ICD10) \_\_\_\_\_

4. Please describe the extent of the disease.

4.1 Nature of episode:  Haemorrhage  Thrombosis  Embolism  Brain infarction

4.2 Location and extent of lesion: \_\_\_\_\_

4.3 What was the cause of stroke and underlying cause?: \_\_\_\_\_

4.4 Duration of the acute symptom?: \_\_\_\_\_

4.5 Did the patient present limitation, physical and mental?: ( ) No ( ) Yes \_\_\_\_\_

5. Please describe the extent of the Major stroke.

5.1 Please comment on any neurological sequela, which lasted more than 24 hours: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Are these sequela permanent?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Smoking ( ) No ( ) Yes Duration \_\_\_\_\_ years Dyslipidemia ( ) No ( ) Yes Duration \_\_\_\_\_ years

DM ( ) No ( ) Yes Duration \_\_\_\_\_ years Heart disease ( ) No ( ) Yes Duration \_\_\_\_\_ years

HT ( ) No ( ) Yes Duration \_\_\_\_\_ years CVA ( ) No ( ) Yes Duration \_\_\_\_\_ years

Other illness: \_\_\_\_\_

6. Investigation/Laboratory report

6.1 Anti-HIV test: ( ) No ( ) Yes if "Yes" please give result \_\_\_\_\_ DD/MM/YY \_\_\_\_\_

6.2 First CT scan date(DD/MM/YY) \_\_\_\_\_ Report \_\_\_\_\_

6.3 Last/ repeat CT scan date(DD/MM/YY) \_\_\_\_\_ Report \_\_\_\_\_

6.4 Please enclose copies of all reports that are available:

X-ray  MRI  CT scan  Neuro Assessment  HIV test  Operation note  Any relevant reports \_\_\_\_\_

7. What was the treatment? (Please specify): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

9. Could the illness be recover?: ( ) No ( ) Yes for \_\_\_\_\_ Hours/ Days/ Months/ Years

Date of return to normal activities: \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

**ข้อความทราบ** ผู้ใดในการประกอบกรงานวิชาชีพ ทำคำรับรองหรือเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชนผู้หนึ่งกระทำความผิดทางอาญา

ตามกฎหมายหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปีหรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกใสดหนึ่ง