



บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

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

ใบรับรองความเห็นแพทย์

โรคมะเร็ง

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 How long the cancer had been present?: \_\_\_\_\_  
 4.2 When was the date diagnosed of cancer?: \_\_\_\_\_ At hospital \_\_\_\_\_  
 4.3 When the patient consulted for this illness in first time?: \_\_\_\_\_ At hospital \_\_\_\_\_  
 4.4 What a biopsy of the tumor performed?: ( ) No ( ) Yes  
 4.5 What is the pathological diagnosis of the tumor?: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 4.6 What is the diagnosis and the staging of the tumor?: \_\_\_\_\_  
 4.7 Was the disease completely localized?: ( ) No ( ) Yes \_\_\_\_\_  
 4.8 Was there regional or distance spread?: ( ) No ( ) Yes, If "Yes" please describe degree of regional nodal involvement, and/or extent of distance spread \_\_\_\_\_

5. Investigation/Laboratory report  
 5.1 Tumor marker: ( ) No ( ) Yes  
 5.2 Anti-HIV test: ( ) No ( ) Yes, If "Yes" please give result \_\_\_\_\_ DD/MM/YY \_\_\_\_\_  
 5.3 Please enclose copies of all reports that are available:  
 Tumor makers  Cytology reports  Bone marrow aspiration  Pathological reports  Surgical reports  X-ray  
 CT scan  MRI  Ultrasound  HIV test  Any relevant hospital reports \_\_\_\_\_  
 Any relevant laboratory evidence \_\_\_\_\_  Any other imaging studies \_\_\_\_\_

6. Treatment(Please specify): \_\_\_\_\_  
 6.1 What is the nature of treatment of tumor?:  
 Surgical  Endoscopic treatment  Chemotherapy  Radiotherapy  Palliative care  Other \_\_\_\_\_  
 Please describe details of procedure(s): \_\_\_\_\_

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

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

9. Please state if the insured has suffered/ been treated for any other illness(es) /complaints other than the Critical illness:  
 \_\_\_\_\_

10. 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 ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาชีพแพทย์ ทำคำรับรองหรือเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชนผู้หนึ่งกระทำความผิดทางอาญา ตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปีหรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกใสดหนึ่ง