



บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

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

ใบรับรองความเห็นแพทย์

โรคไวรัสตับอักเสบบีขั้นรุนแรง

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 What was the etiological agent?:
 Virus Alcohol toxication Drug toxication Another _____
 4.2 Was there a rapid decreasing liver size?: () No () Yes Finding Right lobe Left lobe
 4.3 Was there submissive to massive necrosis of the liver?: () No () Yes
 4.4 Was there a rapidly deterioration of liver function?: () No () Yes
 4.5 Was there jaundice?: () No () Yes Mild Moderate Severe

5. Investigation/Laboratory report
 5.1 Result of liver function test and liver synthetic function: () Yes () No Please certify _____
 5.2 Anti-HIV test: () No () Yes if "Yes" please result _____ DD/MM/YY _____
 5.3 Pathology report (Original attach): _____
 5.4 Please enclose copies of all reports that are available:
 Serologic makers of viral hepatitis HIV test X-ray Ultrasound CT scan MRI
 Any relevant hospital reports _____

6. What was the treatment? (Please specify): _____

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