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

**ผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ**

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)

**การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ(MAJOR ORGAN TRANSPLANTATION)**

1. Please describe the transplant operation.

1.1 Which is the organ involed

☐ Bone marrow using allergenic hematopoietic ☐ Heart ☐ Lung ☐ Liver ☐ Kidney

1.2 What is (are) the underlying disease(s) that leading to organ transplant?

______________________________________________________________________

______________________________________________________________________

1.3 What is the date of operation? (DD/MM/YY)____________________

1.4 What is the prognosis?______________________________________________________________________

______________________________________________________________________

2. Investigation/Laboratory report

2.1 Was the HIV test performed?:

( ) No ( ) Yes If "Yes", please give result________________________________________(DD/MM/YY)________________

2.2 Please enclose copies of all reports that are available:

☐ HIV test ☐ Surgical reports ☐ Pathological reports ☐ Echocardiogram ☐ X-rays ☐ CT scan

☐ Ultrasound ☐ Any other imaging studies ☐ Any relevant laboratory evidence ☐ Any relevant hospital reports

3. Please state if the insured has suffered/been treated for any other illness(es) / complaints other than the Critical Illness.

______________________________________________________________________

______________________________________________________________________

4. 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