



บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

OCEAN LIFE INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

สำนักงานใหญ่ 170/74-83 อาคารโอเชียนทาวเวอร์ 1 ถนนรัชดาภิเษก 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

โรคไตวายเรื้อรัง

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 underlying cause?: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 4.2 Which side of kidney failure?:  Left side  Right side  Both side of kidneys  
 4.3 Has the insure's renal disease reach end-stage?: ( ) No ( ) Yes, If "Yes" , Diagnosis date \_\_\_\_\_

5. Investigation/Laboratory report  
 5.1 Result of kidney function test: ( ) 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:  
 Kidney function test/ other  Cystoscope report  Biopsy report  Pyelogram report  HIV test  X-ray  
 CT scan  Ultrasound  MRI  Surgical reports  Any relevant hospital reports \_\_\_\_\_

6. Please describe the extent of the kidney failure.  
 6.1 Was the insured undergoing regular peritoneal dialysis or hemodialysis?  
 ( ) No ( ) Yes Start date \_\_\_\_\_ Detail: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 6.2 Has renal transplantation been performed?  
 ( ) No ( ) Yes date \_\_\_\_\_ Detail: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

ผู้ตรวจทราบ ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาชีพแพทย์ ทำคำรับรองหรือเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชนผู้หนึ่งกระทำความผิดทางอาญา ตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปีหรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโสดหนึ่ง