

ความเห็นของแพทย์ผู้ตรวจรักษา
CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE

กรณารอกข้อความต่างๆให้สมบูรณ์ โดยแพทย์ปริญญามีใบประกอบโรคศิลป์ หากมีค่าธรรมเนียมผู้เอาประกันเป็นผู้รับผิดชอบ
Must be completed for all critical illness to be claimed by Doctor at insured's expense

ชื่อผู้ป่วย: นาย / นาง / นางสาว Patient's Name: Mr. / Mrs. / Miss		HN:
เลขที่บัตรประชาชน Identification Number	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	AN:
อายุ Age	ปี year	XN:

ข้อมูลทั่วไป

General Information

a. Are you the Insured's usual medical physician? If "YES", over what period do your records extend?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
b. When were you first consulted for this illness? What were the symptoms and at that time how long had they been present?	DD/MM/YY	
c. Has the Insured previously suffered from the illness or any related condition? If "YES", please give dates of consultations and the resulting diagnosis.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
d. On which date was the diagnosis made?	DD/MM/YY	
e. Is there anything in the Insured's family history which would have increased the risk of illness? If "YES", please give details of the Insured's family history	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Details of Diagnosis

Please provide full and exact details of the diagnosis

Other/Additional Information

Please provide names, addresses and dates of doctors and hospitals, which the Insured has been referred and/or admitted to

