

แบบฟอร์มการเรียกร้องกรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร
Claimant's Statement

กรุณากรอกข้อความต่างๆ ให้สมบูรณ์ โดยผู้เอาประกันภัย

ก. ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย.....อายุ ปี กรรมธรรม์เลขที่

ข. ที่อยู่ปัจจุบันของผู้เอาประกันภัย และหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

ค. กรุณาระบุสาเหตุและความรุนแรงของการทุพพลภาพ State briefly the cause of disability suffered and describe its nature severity.

ง. กรุณาระบุอาชีพและหน้าที่ความรับผิดชอบของท่านขณะเกิดการทุพพลภาพ State briefly your occupation and responsibility at time disability commenced.

จ. วันที่เริ่มทุพพลภาพ วันที่ท่านหยุดทำงานทั้งหมด

ฉ. แพทย์ที่ท่านได้ไปปรึกษาเกี่ยวกับการทุพพลภาพนี้ Physician consulted for this disability.

ชื่อ NAME	สถานพยาบาล Hospital/ Clinic	ตั้งแต่ Since	จนถึง Until	ชนิดของการรักษา Character of treatment

ช. การดำเนินกิจวัตรประจำวัน Activity Daily Life

รายละเอียด	ทำเองไม่ได้เลย Totally dependent	ทำได้เมื่อมีผู้ช่วยเหลือ Dependent with physical assistance	ทำได้เมื่อใช้อุปกรณ์ช่วย Dependent with assistive device	ทำได้เอง Totally independent
1. ความสามารถในการนั่งหรือลุกจากเก้าอี้ Sit or Get up from a Chair	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ความสามารถในการเคลื่อนตัวจากห้องหนึ่งไปยังอีกห้องหนึ่ง Mobility	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ความสามารถในการสวมหรือถอดเสื้อผ้า Dressing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ความสามารถในการอาบน้ำชำระร่างกาย Take a Bath	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ความสามารถในการกินอาหาร Eating	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ความสามารถในการใช้ห้องน้ำเพื่อการขับถ่าย Used Toilet to Excretion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ข้อมูลเพิ่มเติม Additional Information				

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าได้ตอบคำถามดังกล่าวข้างต้นตามความจริง I declare that the answers given above are true and complete

ลงชื่อ ลงชื่อ ลงชื่อ

ลายมือชื่อผู้เอาประกันภัย
Signature of Insured

ลายมือชื่อพยาน
Signature of Witness

ลายมือชื่อพยาน
Signature of Witness

วันที่
วัน/เดือน/ปี
DD/MM/YY

ใบแสดงความเห็นของแพทย์
Attending Physician's Statement

กรุณากรอกข้อความต่างๆ ให้สมบูรณ์ โดยแพทย์ปริญญามีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรมชั้น 1

ก. ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย อายุ ปี ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.
Patient Name Age Year Height Cm. Weight Kg.

ข. กรุณาระบุสาเหตุและความรุนแรงของการทุพพลภาพ
State briefly the cause of disability suffered and describe its nature severity.

ค. กรุณาระบุผลการตรวจทางระบบประสาท การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเอกซเรย์ หรือการตรวจพิเศษอื่นๆ
State briefly the result of Neurological examination, Laboratory tests, X-rays, etc.

ง. กรุณาระบุการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับตั้งแต่เริ่มทุพพลภาพ
State briefly the character of treatment since the disability occurred.

จ. การวินิจฉัย
Diagnosis

ฉ. ภาวะแทรกซ้อนที่พบ
Any Complications

ช. ท่านเริ่มทำการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ จนถึงวันที่ ที่
Treatment render by you sinc Until At
ชนิดของการรักษา
Character of treatment

ช. การตรวจร่างกาย Physical Examination	
01. กำลังของกล้ามเนื้อ Muscle Power	Arm : Right : Grade : 0 I II III IV V Left : Grade : 0 I II III IV V Leg : Right : Grade : 0 I II III IV V Left : Grade : 0 I II III IV V
02. ระดับความรู้สึกตัว Level of Consciousness	<input type="checkbox"/> รู้สึกตัว Alert <input type="checkbox"/> สับสน Confuse <input type="checkbox"/> สลึมสลือ Drowsy <input type="checkbox"/> ไม่รู้สึกตัว Unconscious
03. ความสามารถในการฟัง Listening	<input type="checkbox"/> ฟังเข้าใจเหมือนปกติ Understanding <input type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการฟังเข้าใจ Difficult in understanding <input type="checkbox"/> ฟังไม่เข้าใจเลย Can't understanding
04. ความสามารถในการพูด Speaking	<input type="checkbox"/> พูดเหมือนปกติ Normal <input type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการพูด Motor dysphasia <input type="checkbox"/> พูดไม่ได้เลย Motor aphasia
05. ความสามารถในการมองเห็น Vision	<input type="checkbox"/> ตามมองเห็นได้ทั้ง 2 ข้าง Normal vision in both eyes <input type="checkbox"/> ตามตาบอดสนิท มองไม่เห็น 1 ข้าง คือ <input type="checkbox"/> ตามตาบอดสนิท มองไม่เห็นทั้ง 2 ข้าง Loss of vision in both eyes
06. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Activity daily Life	การอาบน้ำ <input type="checkbox"/> ทำได้ด้วยตัวเอง Totally independent <input type="checkbox"/> ทำได้ต้องมีคนช่วย Dependent with physical assista <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้เลย Totally dependent การแต่งตัว <input type="checkbox"/> ทำได้ด้วยตัวเอง Totally independent <input type="checkbox"/> ทำได้ต้องมีคนช่วย Dependent with physical assista <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้เลย Totally dependent การกินอาหาร <input type="checkbox"/> ทำได้ด้วยตัวเอง Totally independent <input type="checkbox"/> ทำได้ต้องมีคนช่วย Dependent with physical assista <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้เลย Totally dependent การใช้ห้องน้ำเพื่อการขับถ่าย <input type="checkbox"/> ทำได้ด้วยตัวเอง Totally independent <input type="checkbox"/> ทำได้ต้องมีคนช่วย Dependent with physical assista <input type="checkbox"/> ทำไม่ได้เลย Totally dependent
07. ความสามารถในการเดิน/เคลื่อนตัว Mobility	<input type="checkbox"/> เดินได้เอง Totally independent <input type="checkbox"/> เดิน/เคลื่อนตัวได้เมื่อมีอุปกรณ์ช่วย คือ..... Dependent with gait aid <input type="checkbox"/> เดิน/เคลื่อนตัวเองไม่ได้เลย Totally dependent
08. ความสามารถในการตัดสินใจและแก้ปัญหา Decision Making	<input type="checkbox"/> ตัดสินใจและแก้ปัญหาได้เหมาะสม Able <input type="checkbox"/> ทำงานได้ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย Permanent Partial Disable <input type="checkbox"/> ทุพพลภาพทั้งหมดถาวร Permanent Total Disabl
09. ความสามารถในการทำงาน Working	<input type="checkbox"/> ทำงานได้ Proper <input type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการตัดสินใจและแก้ปัญหา Able in adaptive circumstance <input type="checkbox"/> ไม่สามารถทำงานได้ Unable
10. ชนิดของการทุพพลภาพ Type of Disabled	<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพทั้งหมดชั่วคราว Temporary Total Disabled <input type="checkbox"/> ทุพพลภาพบางส่วนถาวร Permanent Partial Disable <input type="checkbox"/> ทุพพลภาพทั้งหมดถาวร Permanent Total Disabl
11. การพยากรณ์โรค Prognosis	<input type="checkbox"/> ดีขึ้น Improving <input type="checkbox"/> คงที่ Stationary <input type="checkbox"/> แย่ลง Poor
12. ความเห็นเพิ่มเติม Additional Comment	

ชื่อแพทย์ผู้ตรวจร่างกาย
Name of Physician

หมายเลขใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรม ชั้น 1 คุณวุฒิ วิชาบัตร/อนุมัติบัตรสาขา
Name of Physician Qualificatio Specialty

ชื่อของสถานพยาบาล หมายเลขโทรศัพท์ วันที่ตรวจ
Name of Hospital Telephone No. Date of Examination