

หนังสือเรียกร้องชดเชยกรณีทุพพลภาพ

กรมธรรม์ประกันภัยเลขที่ .....

Policy Number

1. ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย ..... อายุ ..... ปี ..... วัน/เดือน/ปีเกิด .....

Insured's name ..... Age ..... Year ..... Date of birth .....

2. ที่อยู่บ้านเลขที่ ..... ถนน ..... ตำบล ..... อำเภอ ..... จังหวัด .....

Address ..... Road ..... Tambon ..... Aumpher ..... Province .....

เบอร์โทรศัพท์ ..... อาชีพ ..... ตำแหน่ง .....

Telephone number ..... Occupation ..... Position .....

3. ชื่อและที่อยู่ของนายจ้าง .....

Name and Address of your employer

4. รายได้จาก  เงินเดือน ..... บาท/เดือน  อื่นๆ ..... บาท / เดือน

Income ..... Salary ..... baht/month ..... Other ..... baht/month

หน้าที่ความรับผิดชอบ ..... รายละเอียดลักษณะงานที่ทำ .....

Responsibility ..... Describe about your job function

5. สาเหตุการทุพพลภาพในครั้งนี้  อุบัติเหตุ  เจ็บป่วย  อื่นๆ .....

What's cause of disability? ..... Accident ..... Illness ..... Other .....

6. วันที่เริ่มทุพพลภาพ ..... วันที่ท่านต้องหยุดทำงานโดยถาวร .....

What date did you begin this disability? ..... What date did you stop all work? .....

7. สภาวะในปัจจุบันท่าน  ต้องนอนอยู่กับเตียงตลอดเวลา

เคลื่อนไหวได้โดยใช้อุปกรณ์ช่วยแต่ไม่สามารถออกไปนอกบ้านได้โดยลำพัง

นั่ง-นอน อยู่กับเตียงเท่านั้น

เคลื่อนไหวได้โดยใช้อุปกรณ์ช่วย และสามารถออกไปนอกบ้านได้

8. วันที่เท่าใด (หรือประมาณ) ที่ท่านจะเริ่มปฏิบัติหน้าที่ธุรกิจอันใดอันหนึ่ง .....

What date did you or (approximately) will you first attend to any business duties?

9. แพทย์ที่ท่านได้ไปปรึกษาเกี่ยวกับการทุพพลภาพนี้ Physician consulted for this disability

ชื่อ NAME	สถานพยาบาล HOSPITAL/CLINIC	ตั้งแต่ SINCE	ถึง UNTILL	ชนิดของการรักษา CHARACTER OF TREATMENT
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

10. ท่านมีประกันกับบริษัทอื่นหรือไม่ ..... ถ้ามี กรุณาระบุชื่อบริษัท .....

เลขที่กรมธรรม์ ..... จำนวนเงินเอาประกัน .....

ลงชื่อ ..... ผู้ทำการแทน ..... ลงชื่อ ..... ผู้เอาประกัน .....

( ..... ) ( ..... )

ความสัมพันธ์ ..... วันที่ ..... / ..... / .....

วันที่ ..... / ..... / .....

กรณีที่ผู้เอาประกันไม่สามารถลงชื่อในแบบฟอร์มนี้ได้ให้ญาติหรือบุคคลที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้เอาประกันในระหว่างที่เจ็บป่วย เป็นผู้กรอกและลงชื่อพร้อมระบุความสัมพันธ์

**ใบรายงานแพทย์**
**Attending Physician's Statement**

- ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย..... เพศ  ชาย  หญิง อายุ..... ปี น้ำหนัก..... กก. ส่วนสูง..... ซม..
- ประวัติการเจ็บป่วย.....
- การวินิจฉัยโรค.....
- ผลการตรวจร่างกาย

4.1 กำลังของกล้ามเนื้อ(Muscle power)ของแขน-ขา	การประเมิน	ข้างซ้าย	ข้างขวา
ไม่มีกำลังเคลื่อนไหวได้เลย = 0			
เคลื่อนไหวเพียงพอมองเห็นได้ = 1	มือข้างซ้าย = .....	มือข้างขวา = .....	
เคลื่อนไหวได้ตามแนวราบ = 2	แขนข้างซ้าย = .....	แขนข้างขวา = .....	
เคลื่อนไหวต้านแรงดึงดูดของโลกได้ = 3	ขาข้างซ้าย = .....	ขาข้างขวา = .....	
มีกำลังน้อย = 4	เท้าข้างซ้าย = .....	เท้าข้างขวา = .....	
มีกำลังปกติ = 5			
4.2 ความเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ ( Muscle plasticity ) ถ้า มี ระบุ มาก น้อย ปานกลาง	มือข้างซ้าย <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี .....	มือข้างขวา <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี .....	
	แขนข้างซ้าย <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี .....	แขนข้างขวา <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี .....	
	ขาข้างซ้าย <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี .....	ขาข้างขวา <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี .....	
	เท้าข้างซ้าย <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี .....	เท้าข้างขวา <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี .....	
4.3 การลีบของกล้ามเนื้อ (Muscle Atrophy) ถ้า มี ระบุ มาก น้อย ปานกลาง	แขนข้างซ้าย <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี .....	แขนข้างขวา <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี .....	
	ขาข้างซ้าย <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี .....	ขาข้างขวา <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี .....	
4.4 Tendon Reflexes ของแขน-ขา	ข้อศอกซ้าย.....	ข้อศอกขวา.....	
	ข้อเข่าซ้าย.....	ข้อเข่าขวา.....	
	ข้อเท้าซ้าย.....	ข้อเท้าขวา.....	
4.5 การรับความรู้สึก (Sensory)	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> เสียการรับความรู้สึก คือ	
		-เจ็บ ที่ระดับ .....	ถึง .....
		-สัมผัส ที่ระดับ.....	ถึง .....
4.6 การเดิน (Gait)	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> เดินไม่ได้เลย	<input type="checkbox"/> เดินได้แต่เซ เนื่องจาก Gait Ataxia
	<input type="checkbox"/> เดินได้โดยมีคนพยุงหรือเครื่องช่วยพยุงเนื่องจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง		
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....		
4.7 การพูด (Speech)	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> พูดได้แต่ไม่ชัดเจน	<input type="checkbox"/> พูดได้ ฟังผู้อื่นได้ไม่ชัดเจน
	<input type="checkbox"/> ฟังผู้อื่นได้เข้าใจ แต่พูดไม่ได้		<input type="checkbox"/> พูดไม่ได้ และฟังผู้อื่นไม่เข้าใจ
4.8 การกลืนอาหาร	อาหารธรรมดา	<input type="checkbox"/> สำลัก	<input type="checkbox"/> ไม่สำลัก
	อาหารอ่อน	<input type="checkbox"/> สำลัก	<input type="checkbox"/> ไม่สำลัก
4.9 การช่วยตัวเองในชีวิตประจำวัน	รับประทาน	<input type="checkbox"/> ทำได้ดี	<input type="checkbox"/> ทำได้บ้าง
	เข้าห้องน้ำ	<input type="checkbox"/> ทำได้ดี	<input type="checkbox"/> ทำได้บ้าง
	แต่งตัว	<input type="checkbox"/> ทำได้ดี	<input type="checkbox"/> ทำได้บ้าง
4.10 การขับถ่าย	ปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> ควบคุมได้	<input type="checkbox"/> ได้บ้าง
	อุจจาระ	<input type="checkbox"/> ควบคุมได้	<input type="checkbox"/> ได้บ้าง
4.11 ความผิดปกติ หรือพยาธิสภาพของระบบอวัยวะอื่นของร่างกาย (ศรีษะ ตา หู คอ จมูก ปอด ฯลฯ).....			

- จากสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยรายนี้ ท่านมีความเห็นว่าจะสามารถฟื้นคืนสภาพได้หรือไม่.....
- ท่านเห็นว่าผู้ป่วยสูญเสียสมรรถภาพการทำงานของร่างกายคิดเป็นร้อยละ : แขน ..... ขา.....
- ในสภาพปัจจุบันผู้ป่วยสามารถปฏิบัติหน้าที่เดิมได้หรือไม่  ได้  ไม่ได้
- ความเห็นอื่นๆ.....

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ทำการรักษา โบนุญาตประกอบโรคศิลป์ เลขที่.....  
 (.....) วันที่...../...../.....