



ถ้อยแถลงของผู้เรียกร้องค่าชดเชย Claimant's Statement

กรุณากรอกข้อความต่างๆ ให้สมบูรณ์ โดยผู้เรียกร้องค่าชดเชย Must be completed by Claimant.

ก. ชื่อและนามสกุลผู้เอาประกัน อายุ ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.
Insured's Name Age Year Height Cm. Weight Kg.

ข. ที่อยู่ปัจจุบันของผู้เอาประกัน
Insured's Address

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

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

จ. วันที่เริ่มทุพพลภาพ: วันที่ท่านหยุดทำงานทั้งหมด:
What date did you begin this disability? What date did you stop all work?

ฉ. วันที่ (หรือประมาณ) ที่ท่านจะเริ่มปฏิบัติหน้าที่ใดหน้าที่หนึ่งในธุรกิจของท่าน
What date did you or (approximately) will you first attend to any business duties?

ช. แพทย์ที่ท่านได้ไปปรึกษาเกี่ยวกับการทุพพลภาพนี้ Physician consulted for this disability

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

ข. การดำเนินกิจวัตรประจำวัน Activity Daily Life

รายละเอียด	ทำเองไม่ได้เลย Totally dependent	ทำได้เมื่อมีผู้ช่วยเหลือ Dependent with physical assistance	ทำได้เมื่อใช้อุปกรณ์ช่วย Dependent with assistive device	ทำได้เอง Totally independent
1. ความสามารถในการนั่งหรือลุกจากเก้าอี้ Transfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ความสามารถในการเคลื่อนตัวจากห้อง หนึ่งไปยังอีกห้องหนึ่ง 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. ความสามารถในการรับประทานอาหาร Eating	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ความสามารถในการใช้ห้องน้ำเพื่อ การขับถ่าย Transfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ข้อมูลเพิ่มเติม: Additional Information				

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

() () ()
ลายมือชื่อพยาน ลายมือชื่อผู้เอาประกันหรือผู้เรียกร้องค่าชดเชย ลายมือชื่อพยาน
Signature of Witness Signature of Insured or Claimant Signature of Witness

วันที่ (วัน/เดือน/ปี)
Date (MM/DD/YY)



ใบแสดงความเห็นของแพทย์

Attending Physician's Statement

กรุณากรอกข้อความต่างๆให้สมบูรณ์ โดยแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรมชั้น 1 หากมีค่าธรรมเนียมผู้เรียกร้องค่าชดเชยเป็นผู้รับผิดชอบ
Must be completed by doctor at Claimant's expense.

ก. ชื่อและนามสกุลผู้เอาประกัน: อายุ ปี ส่วนสูง ซม. น้ำหนัก กก.
Insured's 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 หรือการตรวจพิเศษอื่น ๆ
State briefly the result of Neurological examination, Laboratory tests, X-rays, etc.

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

จ. การวินิจฉัย:
Diagnosis

ฉ. ภาวะแทรกซ้อนที่พบ:
Any Complications

ช. ท่านเริ่มทำการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่: จนถึง: ที่:
Treatment render by you since Until At

ชนิดของการรักษา:
Character of treatment

ข. การตรวจร่างกาย Physical Examination			
1. 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	
2. ระดับความรู้สึกตัว Level of Consciousness	<input type="checkbox"/> รู้สึกตัว Alert	<input type="checkbox"/> สับสน Confuse	<input type="checkbox"/> สลึมสลือ Drowsy
3. ความสามารถในการฟัง Listening	<input type="checkbox"/> ฟังเข้าใจเหมือนปกติ Understanding	<input type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการฟังเข้าใจ Difficult in understanding	<input type="checkbox"/> ฟังไม่เข้าใจเลย Can't understanding
4. ความสามารถในการพูด Speaking	<input type="checkbox"/> พูดเหมือนปกติ Normal	<input type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการพูด Motor dysphasia	<input type="checkbox"/> พูดไม่ได้เลย Motor aphasia
5. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Activity Daily Life	<input type="checkbox"/> ทำได้เอง Totally independent	<input type="checkbox"/> ทำได้เองเมื่อมีคนช่วย Dependent with assistance	<input type="checkbox"/> ทำเองไม่ได้เลย Totally dependent
6. 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
7. ความสามารถในการตัดสินใจและแก้ปัญหา Decision Making	<input type="checkbox"/> ตัดสินใจและแก้ปัญหาได้เหมาะสม Proper	<input type="checkbox"/> มีความยากลำบากในการตัดสินใจและแก้ปัญหา Difficult	<input type="checkbox"/> ตัดสินใจและแก้ปัญหาไม่ได้ Unable
8. ความสามารถในการทำงาน Working	<input type="checkbox"/> ทำงานได้ Able	<input type="checkbox"/> ทำงานได้ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย Able in adaptive circumstance	<input type="checkbox"/> ไม่สามารถทำงานได้ Unable
9. ชนิดของการทุพพลภาพ Type of Disabled	<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพทั้งหมดชั่วคราว Temporary Total Disabled	<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพบางส่วนถาวร Permanent Partial Disable	<input type="checkbox"/> ทุพพลภาพทั้งหมดถาวร Permanent Total Disabled
10. การพยากรณ์โรค Prognosis	<input type="checkbox"/> ดีขึ้น Improving	<input type="checkbox"/> คงที่ Stationary	<input type="checkbox"/> แย่ลง Poor
11. ความเห็นเพิ่มเติม Additional Comment			

ชื่อแพทย์ผู้ตรวจร่างกาย: ลายมือชื่อ:

Name of Physician Signature

หมายเลขใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรม ชั้น 1: คุณวุฒิ: วุฒิบัตร/อนุมัติบัตรสาขา:

Thailand's Medical Registration No. Qualification Specialty

ชื่อของสถานพยาบาล: หมายเลขโทรศัพท์: วันที่ตรวจ:

Name of Hospital Telephone No. Date of Examination