กรุงเทพประกันชีวิต
BANGKOK LIFE ASSURANCE

แบบฟอร์มการเรียกร้องกรณีทุพพลภาพสิ้นเชิงถาวร
Claimant's Statement

กรุณากรอกข้อความต่างๆ ให้สมบูรณ์ โดยผู้เอาประกันภัย

ก. ชื่อ-นามสกุลผู้เอาประกันภัย.....อายุ.....ปี กรมธรรม์เลขที่.....
Insured's Name Age Year Policy No.

ข. ที่อยู่ปัจจุบันของผู้เอาประกันภัย และหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้
Insured's Address and Telephone No.

.....

.....

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

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	☐	☐	☐	☐
2. ความสามารถในการเคลื่อนตัวจากห้องหนึ่งไปยังอีกห้องหนึ่ง Mobility	☐	☐	☐	☐
3. ความสามารถในการสวมหรือถอดเสื้อ กางเกง Dressing	☐	☐	☐	☐
4. ความสามารถในการอาบน้ำชำระร่างกาย Take a Bath	☐	☐	☐	☐
5. ความสามารถในการกินอาหาร Eating	☐	☐	☐	☐
6. ความสามารถในการใช้ห้องน้ำเพื่อการขับถ่าย Used Toilet to Excretion	☐	☐	☐	☐
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

กรุงเทพประกันชีวิต
BANGKOK LIFE ASSURANCE

ใบแสดงความเห็นของแพทย์
Attending Physician's Statement

กรุณากรอกข้อความต่างๆ ให้สมบูรณ์ โดยแพทย์ปริญญาและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพสาขาเวชกรรมชั้น 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 การตรวจเอ็กซ์เรย์ 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 since Until At.

ชนิดของการรักษา.....
Character of treatment

ซ. 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	☐ รู้สึกตัว Alert	☐ สับสน Confuse	☐ สลึมสลือ Drowsy	☐ ไม่รู้สึกตัว Unconscious
03. ความสามารถในการฟัง Listening	☐ ฟังเข้าใจเหมือนปกติ Understanding	☐ มีความยากลำบากในการฟังเข้าใจ Difficult in understanding		☐ ฟังไม่เข้าใจเลย Can't understanding
04. ความสามารถในการพูด Speaking	☐ พูดเหมือนปกติ Normal	☐ มีความยากลำบากในการพูด Motor dysphasia		☐ พูดไม่ได้เลย Motor aphasia
05. ความสามารถในการมองเห็น Vision	☐ ดวงตามองเห็นได้ทั้ง 2 ข้าง Normal vision in both eyes ☐ ดวงตาบอดสนิท มองไม่เห็นทั้ง 2 ข้าง Loss of vision in both eyes		☐ ดวงตาบอดสนิท มองไม่เห็น 1 ข้าง คือ..... Loss of vision in one eye	
06. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Activity daily Life	การอาบน้ำ	☐ ทำได้ด้วยตัวเอง Totally independent	☐ ทำได้ต้องมีคนช่วย Dependent with physical assistance	☐ ทำไม่ได้เลย Totally dependent
	การแต่งตัว	☐ ทำได้ด้วยตัวเอง Totally independent	☐ ทำได้ต้องมีคนช่วย Dependent with physical assistance	☐ ทำไม่ได้เลย Totally dependent
	การกินอาหาร	☐ ทำได้ด้วยตัวเอง Totally independent	☐ ทำได้ต้องมีคนช่วย Dependent with physical assistance	☐ ทำไม่ได้เลย Totally dependent
	การใช้ห้องน้ำเพื่อการขับถ่าย	☐ ทำได้ด้วยตัวเอง Totally independent	☐ ทำได้ต้องมีคนช่วย Dependent with physical assistance	☐ ทำไม่ได้เลย Totally dependent
07. ความสามารถในการเดิน/เคลื่อนตัว Mobility	☐ เดินได้เอง Totally independent	☐ เดิน/เคลื่อนตัวได้เมื่อมีอุปกรณ์ช่วย คือ..... Dependent with gait aid		☐ เดิน/เคลื่อนตัวเองไม่ได้เลย Totally dependent
08. ความสามารถในการตัดสินใจและแก้ปัญหา Decision Making	☐ ตัดสินใจและแก้ปัญหาได้เหมาะสม Proper	☐ มีความยากลำบากในการตัดสินใจและแก้ปัญหา Difficult		☐ ตัดสินใจและแก้ปัญหาไม่ได้ Unable
09. ความสามารถในการทำงาน Working	☐ ทำงานได้ Able	☐ ทำงานได้ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย Able in adaptive circumstance		☐ ไม่สามารถทำงานได้ Unable
10. ชนิดของการทุพพลภาพ Type of Disabled	☐ ทุพพลภาพทั้งหมดชั่วคราว Temporary Total Disabled	☐ ทุพพลภาพบางส่วนถาวร Permanent Partial Disable		☐ ทุพพลภาพทั้งหมดถาวร Permanent Total Disable
11. การพยากรณ์โรค Prognosis	☐ ดีขึ้น Improving	☐ คงที่ Stationary		☐ แย่ลง Poor
12. 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