



Medical Certificate for Total Permanent Disability and Dismemberment Form

TOKIOMARINE

1. Claimant's Name..... Height..... cms. Weight..... kgs.

2. Has he/ she totally disabled and continuously prevented from performing any work or engaging in any/ occupation or profession for wages, compensation or profit?

If so, on what date did such disability begin?

Is he/ she still so disability?

3. State briefly the causes of the disability suffered and describe its nature and severity.....

.....

.....

.....

4. Are the symptoms progressed stable or improved?

5. Treatments rendered by you since.....

Office treatments: Give dates.....

Home (or hospital) treatments: Give dates.....

Character of treatments.....

.....

.....

.....

6. Is he/ she confined to bed?or house.....

If so, since when from.....

7. If not confined to bed or house: How does he/ she spend his/ her time?

.....

.....

8. Does his/ her disability render him/ her totally disabled or partially disabled?

.....

.....

9. In your opinion, could he/ she without injury to his/ her health resume any work for which he is fitted by nature, training of experience?

If so, on what date was he/ she first able to resume such work.....

10. If he/ she is not continuously totally disabled how much longer approximately will such totally disability continue?

Prognosis

.....

.....

11. Please give additional information including neurological examinations, laboratory tests, X-rays, Wassermann, etc., that will able the Company to determine the merits of this claim.

.....

.....

.....

Signature..... Specially.....

(.....) License No.

Attending Physician

Hospital Name/ Official Stamp.....

Address.....

.....

Tel..... Date.....



แบบฟอร์มรายงานการตรวจร่างกายผู้เอาประกันภัยโดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู

ชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย..... เพศ..... อายุ..... ปี HN..... วันที่พบแพทย์.....

ก) ประวัติการเจ็บป่วยโดยสรุป.....

การวินิจฉัยโรค.....

ข) การตรวจร่างกาย ใส่เครื่องหมาย ลงใน และ เติมข้อความ

1. กำลังของกล้ามเนื้อ (Muscle Power) ของแขนขา โปรดระบุหมายเลข 0 – 5 (ไม่มีการเคลื่อนไหวได้เลย - มีกำลังปกติ)

การประเมินข้างซ้าย	มือ	0	1	2	3	4	5	แขน	0	1	2	3	4	5	ขา	0	1	2	3	4	5	เท้า	0	1	2	3	4	5
การประเมินข้างขวา	มือ	0	1	2	3	4	5	แขน	0	1	2	3	4	5	ขา	0	1	2	3	4	5	เท้า	0	1	2	3	4	5

2. ความเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ (Muscle – Spasticity) ถ้ามี ระบุ มาก ปานกลาง น้อย

การประเมินข้างซ้าย	มือ	<input type="checkbox"/>	ไม่มี	<input type="checkbox"/>	มี.....	แขน	<input type="checkbox"/>	ไม่มี	<input type="checkbox"/>	มี.....	ขา	<input type="checkbox"/>	ไม่มี	<input type="checkbox"/>	มี.....	เท้า	<input type="checkbox"/>	ไม่มี	<input type="checkbox"/>	มี.....
การประเมินข้างขวา	มือ	<input type="checkbox"/>	ไม่มี	<input type="checkbox"/>	มี.....	แขน	<input type="checkbox"/>	ไม่มี	<input type="checkbox"/>	มี.....	ขา	<input type="checkbox"/>	ไม่มี	<input type="checkbox"/>	มี.....	เท้า	<input type="checkbox"/>	ไม่มี	<input type="checkbox"/>	มี.....

3. ไม่สามารถเคลื่อนไหวแขน ขา เนื่องจากสาเหตุอื่น ที่ไม่ใช่การอ่อนแรงจากสมอง หรืออัมพาต เช่น การยึดกันของกล้ามเนื้อ, ปัญหาที่เส้นเอ็น คือ.....

4. การลีบของกล้ามเนื้อ (Muscle atrophy) ถ้ามี ระบุ มาก ปานกลาง น้อย

การประเมินข้างซ้าย	มือ	<input type="checkbox"/>	ไม่มี	<input type="checkbox"/>	มี.....	แขน	<input type="checkbox"/>	ไม่มี	<input type="checkbox"/>	มี.....	ขา	<input type="checkbox"/>	ไม่มี	<input type="checkbox"/>	มี.....	เท้า	<input type="checkbox"/>	ไม่มี	<input type="checkbox"/>	มี.....
การประเมินข้างขวา	มือ	<input type="checkbox"/>	ไม่มี	<input type="checkbox"/>	มี.....	แขน	<input type="checkbox"/>	ไม่มี	<input type="checkbox"/>	มี.....	ขา	<input type="checkbox"/>	ไม่มี	<input type="checkbox"/>	มี.....	เท้า	<input type="checkbox"/>	ไม่มี	<input type="checkbox"/>	มี.....

5. การรับความรู้สึก (Sensory) ปกติ ไม่ปกติ เสียการรับความรู้สึกเจ็บ ที่ระดับ..... ถึง..... ไม่ปกติ เสียการรับความรู้สึกสัมผัส ที่ระดับ..... ถึง.....

6. Tendon Reflexes ของ แขน ขา

การประเมินข้างซ้าย ข้อมือ..... ข้อศอก..... ข้อเข่า..... ข้อเท้า.....
การประเมินข้างขวา ข้อมือ..... ข้อศอก..... ข้อเข่า..... ข้อเท้า.....

7. การพูด (Speech) ปกติ พูดได้ ฟัง ผู้อื่นพูดไม่ชัดเจน พูดไม่ได้ และฟังผู้อื่นพูดไม่เข้าใจ

พูดได้แต่ไม่ชัดเจน (Dysarthria) ฟังผู้อื่นพูดเข้าใจแต่พูดไม่ได้ อื่นๆ ระบุ.....

8. การเดิน (Gait) ปกติ เดินได้มีคานพยุงหรือเครื่องช่วยพยุงเนื่องจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง

เดินได้แต่เซเนื่องจาก Gait Ataxia เดินไม่ได้เลย อื่นๆ ระบุ.....

9. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

การรับประทานอาหาร	<input type="checkbox"/>	ทำได้ดี	<input type="checkbox"/>	ทำได้บ้าง	<input type="checkbox"/>	ทำไม่ได้เลย
- การกลืนอาหารธรรมดา	<input type="checkbox"/>	ดี	<input type="checkbox"/>	ไม่ลำบาก	<input type="checkbox"/>	ลำบาก
- การกลืนอาหารเหลว	<input type="checkbox"/>	ดี	<input type="checkbox"/>	ไม่ลำบาก	<input type="checkbox"/>	ลำบาก
การแต่งตัว	<input type="checkbox"/>	ทำได้ดี	<input type="checkbox"/>	ทำได้บ้าง	<input type="checkbox"/>	ทำไม่ได้เลย
การเข้าห้องน้ำ	<input type="checkbox"/>	ทำได้ดี	<input type="checkbox"/>	ทำได้บ้าง	<input type="checkbox"/>	ทำไม่ได้เลย
การเข้าห้องน้ำ	<input type="checkbox"/>	ทำได้ดี	<input type="checkbox"/>	ทำได้บ้าง	<input type="checkbox"/>	ทำไม่ได้เลย
การขับถ่ายปัสสาวะ	<input type="checkbox"/>	ควบคุมได้	<input type="checkbox"/>	ควบคุมได้บ้าง	<input type="checkbox"/>	ควบคุมไม่ได้เลย
การขับถ่ายอุจจาระ	<input type="checkbox"/>	ควบคุมได้	<input type="checkbox"/>	ควบคุมได้บ้าง	<input type="checkbox"/>	ควบคุมไม่ได้เลย

10. ความผิดปกติหรือพยาธิสภาพของระบบอวัยวะอื่นของร่างกาย (เช่น ตีระยะ ตา หู คอ จมูก ฯลฯ)

11. ความเห็นเกี่ยวกับสมรรถภาพการทำงานผู้ป่วยสูญเสียสมรรถภาพการทำงานของร่างกายคิดเป็นร้อยละ แขน..... ขา.....

12. ปัจจุบันสามารถปฏิบัติอาชีพในหน้าที่เดิมได้หรือไม่ ได้ ไม่ได้
ถ้าไม่ได้เนื่องจากผู้ป่วยต้องอยู่ กับบ้าน ตลอด บนเตียงตลอดเวลา ถ้าใช้เริ่มตั้งแต่.....ถึง.....

13. ผู้ป่วยจะสามารถฟื้นคืนสภาพได้หรือไม่ ได้ ไม่ได้

14. ความเห็นอื่นๆ.....

ลงชื่อ..... แพทย์ผู้ตรวจ ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์เลขที่.....
(.....) ประจำโรงพยาบาล.....
วันที่..... ระบุที่บรรณสถานพยาบาล



TOKIO MARINE

Ophthalmologist Form

ชื่อผู้ป่วย (Claimant's Name)..... อายุ (Age)..... ปี (Years)

ที่อยู่ (Address).....

วันที่ตรวจ (Eye Examination Date)..... โรงพยาบาล/ คลินิก (Name of Hospital).....

ประวัติการบาดเจ็บ/เจ็บป่วยที่ตา (History of Eye Injury/ Illness).....

ผลของการตรวจตา (Eye Examination)	ตาขวา (Right Eye)	ตาซ้าย (Left Eye)
- ระดับสายตา (Visual Acuity)
- ส่วนหน้าของตา (Anterior Chamber)
- ประสาทตา (Optic Nerve)
- ความดันตา (Eye Pressure)

การวินิจฉัย (Diagnosis).....

การรักษา (Treatments).....

การพยากรณ์โรค (Prognosis).....

การสูญเสียการมองเห็น (Visual Blindness)

<input type="checkbox"/>	ตาขวา (Right Eye)	<input type="checkbox"/>	ถาวร (Permanent)	<input type="checkbox"/>	ชั่วคราว (Temporary)
<input type="checkbox"/>	ตาซ้าย (Left Eye)	<input type="checkbox"/>	ถาวร (Permanent)	<input type="checkbox"/>	ชั่วคราว (Temporary)

สาเหตุการสูญเสีย (Cause of Visual Blindness).....

ความเห็นเพิ่มเติม (Additional Comment).....

I hereby certify that I have personally examined and treated the insured in connection to the above disability and that the facts are in my opinion as given above.

Name of Ophthalmologist: Signature:.....

License No.: Specialty:.....

Name of Hospital/ Official Stamp: Tel.: Date:.....



Document Checklist for Total Permanent Disability/Loss of Organ Claim

Name of insured Policy no.
 Insurance certification no.
 Company.....
 Submitted by..... Date..... Telephone.....

<u>Documents for disability claim</u>	Submitted	Not submitted
1. Disability/Loss of Organ Claim Application Form	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Report by the attending physician in case of total permanent disability	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A copy of medical history from the onset of disability to present (OPD card)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Additional documents to be submitted for the following cases</u>		
1) <u>In case of total permanent disability</u>		
<input type="checkbox"/> Physical examination report of the insured by a regenerative medicine doctor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Current photo (full body)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) <u>In case of loss of eyesight</u>		
<input type="checkbox"/> Ophthalmologist report	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Current photo (front facing)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) <u>In case of loss of organ</u>		
<input type="checkbox"/> X-ray film or a copy of X-ray film result	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Current photo (full body where the subject organ is visible)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Other important documents to be submitted depending on the case</u>		
1. A copy of the evidence of the insured's name/surname change, if it does not match with that on the policy, certified true copy by the insured.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A copy of the job application, record of attendance time from the onset of disability to present, and evidence of receiving or paying salary in the last attending month, certified true copy by the Human Resources Department.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A copy of compensation payment of compensation fund.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

This section is for Company officer only

The Company has received and examined the above documents. It appears that the documents are

Complete

Incomplete. The missing documents are

.....

Group Insurance Claim Division Date



Medical Certificate Form

Patient's Name/Surname..... HN..... AN.....
 Age.....years Sex Male Female ID No.....
 Admission Date..... Time..... Discharge Date..... Time.....

For Illness:

1. Date you first saw this patient for this illness:
2. Chief complaint and duration of symptoms:
3. In your opinion, how long should this symptoms persist for this illness:

For Accident :

1. Date & time of accident..... Date & time you first saw this patient.....
2. Cause of accident, nature of wound, injured organs:
3. Was the patient under the influence of alcohol or drugs at the time of arrival to the hospital?
 No Yes, please give details Blood alcohol test =mg%

Patient Clinical findings (Symptoms & Signs):

Underlying diseases :

Did the patient need to be admitted to hospital? No Yes, please give the indication.....

Expected Length of stay.....day(s) For accident: Estimated time for recovery.....

Investigation & Result:

HIV test Not done Done Result..... Date performed.....

Are the investigations relevant to the diagnosis? No Yes

Final Diagnosis 1: ICD-10 code.....

Diagnosis 2: ICD-10 code.....

Diagnosis 3: ICD-10 code.....

Treatments given (such as number of stitches, medical given, physiotherapy,etc):

Surgery /Operation: ICD -9CM or 10M.....

Date of operation..... Result / Complications:

Pathology result.....

Is the illness related to alcohol, drug, abuse or addiction? No Yes, please give details

For female: Is the patient pregnant? No Yes Gestational ageWeeks

Was the treatment related to pregnancy or treatment of infertility? No Yes.....

Has the patient been treated by other doctor? No Yes, please give name and address

To the best of your knowledge, please give details of all previous consultations for serious disorders for this patient.

Date	Diagnosis	Treatment	Duration	Physician / Hospital Name

Other comments:

.....

I hereby certify that I have personally examined and treated the insured in connection to the above disability and that the facts are in my opinion as given above.

Signature License number:

() Specialty:

Date.....

Disability/Dismemberment Claim Application Form



Please complete the form only by the insured/claimant having an interest in the insured and sign.

Warning: Any fraudulent claim or false evidence or any activity supported to the fraud would be imprisoned for maximum 3 years or fine for 300,000 Baht or both according to Section 114/4 of the Life Insurance Act 2019.

Name of insured	Age	ID card no./ Passport no.	Policy no.
Address and telephone		This claim is <input type="checkbox"/> First claim <input type="checkbox"/> Ongoing claim no.	
Workplace.....		Position.....	
Job description/responsibilities.....			
Did you submit a leave letter to your employer or supervisor? <input type="checkbox"/> Not submitted <input type="checkbox"/> Submitted starting from.....to.....			
<u>Details of disability/dismemberment (Please specify briefly.)</u>			
Date of onset of dismemberment.....			
Cause of dismemberment <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Illness			
Part of the body where the organ was lost (Please specify the organ.)			

Details of treatment from physicians

Name of physician	Hospital/Clinic	Treatment date	Treatment
.....
.....

You have the right to claim No Compensation fund Social security Other rights, if any (specify).....

Did you receive compensation? Not yet Received Date

Personal Data Protection Statement and Consent Request:

I and/or my legal representative acknowledge that the Company will process my and/or the minor's personal data in order to provide claim and life insurance services in accordance with the details set out in the Privacy Policy announced by the Company on <https://www.tokiomarine.com/th/en-life/global/privacy-policy.html> or the QR code below. I hereby certify and guarantee that the personal data of any other person that I disclose to the Company for the purposes stated in this form is correct and complete. In addition, I have obtained the consent from the data subject for the Company to process the data and informed the Company Privacy Policy to such person.



I and/or legal representative

1. Give consent to physicians, medical facilities, other insurance companies or related persons who possess my and/or the minor's past or future personal data e.g. health, disability, sexual behavior, biological, genetic and ethnic information; medical history; or any other information necessary for the consideration of claim payment to disclose such data to the Company or Company insurance agents or Company representatives or insurance brokerage companies or policyholders or other insurance companies for insurance application or payment under the insurance policy or any action related to the insurance policy or for fraud risk management.
2. Give consent to the Company to collect, use, and disclose my and/or the minor's personal data e.g. health, disability, sexual behavior, biological, genetic and ethnic information; medical history; or any other necessary information to legal authorities or reinsurance brokerage companies or reinsurance companies; related persons; Company insurance agents, personnel or representative; or policyholders and/or insurance brokerage companies for insurance application or payment under the insurance policy or for medical use or any action related to the insurance policy.

I understand that if I do not consent or withdraw my consent under item 1 and/or 2, it will affect the underwriting, policy payment, or any services related to the insurance policy, which will result in the Company being unable to comply with the conditions in the insurance policy and I will not be provided the coverage according to the insurance policy. In addition, I acknowledge that my consent will remain effective until I withdraw it or to the extent permitted by law, which if contrary to or inconsistent with the law I agree to proceed in accordance with the law or with the new procedure which will be notified by the Company

Insured/Consenter: Giving consent as
 (.....)
 Father/Mother
 Legal representative/Insured's legal guardian (In the event that the insured is not of legal age)

Date.....

Human Resources Department/Employer's Certification

I, as Human Resources Department/employer who has made this claim, hereby certify that this claim and any answers to the questions in this document are true to the facts I have received.

Sign.....
 (.....)
 Human Resources Department/ Employer
 Date.....