

**ประกันสัตว์เลี้ยงเพื่อนที่ 4 ขา Pet Friend Insurance**

ที่อยู่ในการจัดส่งเอกสาร “ประกันเพื่อนที่ 4 ขา ตู้ ปณ. 354 รongเมือง กรุงเทพฯ 10330 \*\* กรุณาส่งผ่านช่องทางไปรษณีย์ไทยเท่านั้น”

**แบบฟอร์มใบรับรองแพทย์ / Medical Certificate**  
**ประกันภัยสัตว์เลี้ยงเพื่อนที่ 4 ขา “Pet Friend Insurance”**

ชื่อ – สกุล / Name of insured	
เบอร์โทร / Phone No.	
เลขกรมธรรม์ / Policy No.	
เลขเคลม / Claim No.	

 ชื่อสัตว์เลี้ยง/Pet’s name.....ประเภทสาเหตุ/Type of case  เจ็บป่วย/Illness  อุบัติเหตุ/Accidental

โปรดระบุสาเหตุ/Please specify.....

.....

.....

วันที่เกิดความเสียหาย/Date of loss.....เวลา/Time.....

**สำหรับแพทย์ผู้ทำการตรวจรักษา/To be complete by the attending doctor.**

ชื่อสถานพยาบาล/Name’s clinic or Hospital.....

วันที่รับการรักษา/Treatment date.....เวลา/Time.....

 ประเภทการรักษา/Type of Treatment  ผู้ป่วยนอก/OPD  ผู้ป่วยใน/IPD

การวินิจฉัยโรค/Diagnose.....

อาการก่อนหน้า หรือโรคประจำตัว/Underlying conditions or disease.....

แผนการรักษา/Further treatment planned, If any.....

.....

เหตุผลสำหรับการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล/Reason for admission.....

.....ระยะเวลาเข้าพักรักษา/Stay period.....วัน/Days

**อาการรักษาการเจ็บป่วยที่เป็นมาก่อนหรือไม่/Previous Treatment for similar illness**
 ไม่/No  ใช่/Yes โปรดระบุอาการก่อนหน้า/Please specify.....

วันที่รักษาก่อนหน้า/Previous treatment date.....ชื่อสถานพยาบาล/Name’s clinic or Hospital.....

ลงชื่อสัตวแพทย์หรือผู้ที่ทำการรักษา/Veterinary’s Signature.....

(.....)

เลขที่ใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ /Veterinarian’s license number.....

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อมูลข้างต้นทั้งหมดนี้เป็นข้อมูลที่เป็นจริง ทุกประการ ลงชื่อ .....ผู้เอาประกันภัย