

ใบรับรองแพทย์ผู้รักษา สำหรับสินไหมมรณกรรม

1. ชื่อและนามสกุลของผู้ถึงแก่กรรม..... อายุ.....ปี เพศ ชาย หญิง
 ที่อยู่..... อาชีพ.....
 ชื่อสถานพยาบาลที่ทำการรักษา..... ชื่อแพทย์ที่รักษา.....
 เลขบัตรประจำตัวผู้ป่วย H.N. เลขบัตรประจำตัวผู้ป่วยใน A.N.
 ผู้ถึงแก่กรรมมีส่วนสูงวัดได้.....ซ.ม. น้ำหนัก.....กิโลกรัม สำเนาหรือแปลเป็น.....

2. ผู้ถึงแก่กรรมเข้ารับการรักษาสำหรับการป่วยครั้งนี้วันที่.....
 จากคำบอกกล่าวของผู้ถึงแก่กรรมหรือญาติของผู้ถึงแก่กรรม ผู้ถึงแก่กรรมมีอาการของโรคหรืออาการผิดปกติต่าง ๆ อย่างไรบ้าง

อาการของโรคหรืออาการผิดปกตินั้น เป็นมานานเท่าใด (โปรดระบุวัน เดือน ปี ที่มีอาการผิดปกติ).....

3. วัน เดือน ปี ที่ถึงแก่กรรม..... เวลา..... สถานที่.....
 สาเหตุที่ถึงแก่กรรม.....

4. ท่านรู้จักผู้ถึงแก่กรรมมานานเท่าใด..... ในทัศนะของท่าน ผู้ถึงแก่กรรมเจ็บป่วยมานานเท่าใด.....
 ผู้ถึงแก่กรรมมีโรคประจำตัวอื่น ๆ อีกหรือไม่ (จากที่ท่านทราบหรือจากคำบอกกล่าวของผู้ถึงแก่กรรมและหรือญาติของผู้ถึงแก่กรรม)
 มี ไม่มี ถ้ามี โปรดระบุว่ามีโรคอะไรบ้าง เป็นมานานเท่าใด

5. สาเหตุที่ถึงแก่กรรมเนื่องมาจากการทำอุบัติเหตุกรรมหรือไม่ ใช่ ไม่ใช่
 ผู้ถึงแก่กรรมเคยมีประวัติดื่มสุราหรือใช้ยาเสพติดหรือไม่ มี ไม่มี
 สุราหรือยาเสพติดเป็นสาเหตุทำให้ผู้ถึงแก่กรรมเสียชีวิตหรือไม่ เป็น ไม่เป็น
 ถ้าเป็น โปรดระบุชนิดของยาหรือปริมาณแอลกอฮอล์ที่ตรวจพบ.....
 มีสาเหตุโดยตรงหรือโดยอ้อมใดบ้างที่ทำให้ผู้ถึงแก่กรรมเสียชีวิต หรือเนื่องจากอุบัติเหตุ อาชีพ หรือที่พักอาศัย

6. มีการตรวจหรือชันสูตรศพตามวิธีทางการแพทย์หรือไม่ มี ไม่มี
 ถ้ามี กรุณาแจ้งผลการชันสูตรด้วย.....

7. ท่านทราบหรือเคยทราบว่าผู้ถึงแก่กรรมเคยรับการรักษาจากแพทย์หรือสถานพยาบาลแห่งนี้ หรือที่อื่นมาก่อนที่จะเจ็บป่วยครั้งนี้ หรือไม่
 เคย ไม่เคย ถ้าเคย โปรดแจ้งรายละเอียดดังนี้

วัน เดือน ปี	ชื่อนายแพทย์/ชื่อสถานพยาบาล	โรคหรืออาการที่รักษา

ขอรับรองว่าข้อความตามใบรับรองแพทย์ข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ
 ลายมือชื่อแพทย์ผู้ทำการรักษา..... วันที่.....

(.....)
 สุนวุดิของแพทย์ผู้รักษา..... ใบประกอบโรคศิลปะเลขที่.....

ชื่อโรงพยาบาล/สถานพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา.....
 ที่ตั้ง..... โทรศัพท์.....

(ประทับตราสถานพยาบาล)

รายงานการตรวจสอบมรดกกรมผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ย

โดย ผู้บริหารตัวแทน - ตัวแทน

ชื่อผู้เอาประกันภัย..... กรมธรรม์เลขที่..... จำนวนเงินเอาประกันภัย.....บาท

ผู้เสียชีวิต ผู้เอาประกันภัย ผู้ชำระเบี้ย ชื่อ.....

1. รายละเอียดมรดกกรมของผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ย

- ด) ท่านเคยรู้จักผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยมาก่อนหรือไม่..... รู้จักมานาน.....ปี.....เดือน
- ข) ผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยมีอาชีพ..... การศึกษา.....
- ค) ชื่อ ภริยา/สามี..... มีบุตร.....คน ชื่อ 1).....
2)..... 3)..... 4).....
- ง) ภริยาหรือสามีของผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ย ยังมีชีวิต ถึงแก่กรรม ด้วยสาเหตุ.....เมื่อ.....
- จ) ฐานะผู้เอาประกัน/ผู้ชำระเบี้ย..... มีทรัพย์สิน คือ 1)..... 2).....
3)..... 4)..... 5).....

2. รายละเอียดการมรดกกรม

- ด) วันที่ผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยถึงแก่กรรม..... เวลา.....น.
- ข) สาเหตุที่ถึงแก่กรรม.....
- ค) ลักษณะการมรดกกรม (เจ็บป่วย-อุบัติเหตุ-ถูกฆาตกรรม-ฆ่าตัวตาย).....
- ง) สถานที่ถึงแก่กรรม.....
- จ) ท่านได้รับแจ้งการมรดกกรมเมื่อ.....
- ฉ) ผู้แจ้งการมรดกกรมให้ท่านทราบชื่อ..... ความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิต.....

3. รายละเอียดการรักษา

- ด) แพทย์ผู้ทำการรักษาครั้งสุดท้าย..... โรงพยาบาล/สถานพยาบาล.....
ที่อยู่โรงพยาบาล/สถานพยาบาล.....
- ข) รักษานานเท่าใด..... ก่อนที่จะมีการรักษาครั้งนี้เคยรักษาที่ใดมาก่อนหรือไม่.....
ถ้าเคย รักษา ณ.โรงพยาบาล/สถานพยาบาล.....
ด้วยโรค..... ตั้งแต่วันที่..... มีตราคนไข้เลขที่.....

4. การชันสูตรศพ

- ด) ท่านได้เห็นศพผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยหรือไม่..... รูปลักษณะเป็นอย่างไร.....
- ข) มีการชันสูตรศพหรือไม่..... ที่ใด.....
- ค) ผู้ทำการชันสูตรศพ 1)..... 2)..... 3).....
- ง) ผลการชันสูตรเป็นอย่างไร.....
- จ) มีการบรรจุ/เผา/ฝัง ศพ ณ..... เมื่อวันที่.....

5. ความเห็นผู้ตรวจสอบ

- ด) สาเหตุและประวัติการรักษา เป็นที่พอใจของท่านหรือไม่.....
- ข) ท่านคิดว่าบริษัทฯ จะต้องทำการตรวจสอบการมรดกกรมเพิ่มเติมหรือไม่.....
- ค) มีข้อเสนอแนะอย่างไร ที่จะให้บริษัทฯ ตรวจสอบการมรดกกรมเพิ่มเติมอีก.....

ลงชื่อ.....ผู้รายงานการตรวจสอบ

()

ตำแหน่ง.....

(ในกรณีที่มิใช่ข้อมูลเพิ่มเติมให้ทำรายงานประกอบด้านล่าง)

บันทึกรายงานการสอบสวนเพิ่มเติม

[Empty box for additional investigation report content]

ลงชื่อ.....ผู้รายงานการสอบสวน
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....