



ถ้อยคำแพทย์
Declaration of Physician

เอกสารเรียกร้องกรณีผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัย เสียชีวิต
Claim Form in Case an Insured Person/Premium Payer Is Deceased

ตามสัญญาประกันภัย เลขที่.....

According to the Insurance Contract No.

ชื่อ-สกุลผู้เสียชีวิต..... วันที่เสียชีวิต.....

Name-Surname of the Deceased Date of Death

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทาง..... เลขที่ H.N เลขที่ A.N

ID Card/Passport No

ก. ข้อมูลการเสียชีวิต (Information of Death)

1. การเสียชีวิตของผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยเกิดขึ้นจากสาเหตุใด (What is the cause of the insured/premium payer's death?)

ฆ่าตัวตาย (Suicide) ถูกฆาตกรรม (Being Murdered) อุบัติเหตุ (Accident) เจ็บป่วย (Illness) ไม่ทราบสาเหตุ (Unknown cause)

2. สาเหตุการเสียชีวิต (Cause of Death)

สาเหตุ Cause ¹	โรค/อาการ Disease/Symptoms	ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเป็นโรค/เริ่มรักษาจนกระทั่งเสียชีวิต Date of Onset/Treatment until Death
2.1 เหตุเสียชีวิตโดยตรง (Direct cause)		
2.2 เหตุนำแทรก (Precipitated cause)		
2.3 เหตุนำเดิม (Underlying cause)		
2.4 โรค/ภาวะอื่นที่เป็นเหตุหนุน (Other diseases/conditions contributing to death)		

3. การเสียชีวิต มีการชันสูตรพลิกศพหรือไม่ (Was an autopsy performed?) ไม่มี (No) มี (Yes)

• สรุปผลการชันสูตรพลิกศพปรากฏว่า (Autopsy result revealed).....

• ปริมาณแอลกอฮอล์ในโลหิตที่พบ (Amount of alcohol found in blood).....

• ชนิดสารเสพติด/อื่นๆที่พบ (Other addictive substances found).....

ข. ข้อมูลประวัติสุขภาพ (Medical History)

ก่อนเสียชีวิตผู้เอาประกันภัย/ผู้ชำระเบี้ยประกันภัยเคยได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลแห่งนี้หรืออื่นๆ ดังนี้

Before death, the insured /premium payer used to receive medical treatment from this medical center or others as detailed below.

วันที่รักษา Date of Treatment	โรค หรือ อาการเจ็บป่วย Disease or Symptoms	ชื่อแพทย์ Name of Physician	ชื่อสถานพยาบาล Name of Medical Center

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าถ้อยแถลงดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

I hereby certify that the above statement is truthful in all aspects.

ลงชื่อ (Sign).....

()

แพทย์ผู้ทำการรักษา (Attending Physician)

ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์เลขที่ (Medical License No.).....

สถานพยาบาล (Medical center).....

วันที่ให้ข้อมูล (Date of Information Submission).....

(ประทับตราสถานพยาบาล) Affix with medical center's seal

หมายเหตุ : หากท่านต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ (นาย/นาง/นางสาว).....

Remark : If you require more information, please contact (Mr./Mrs./Miss)

ทีม/ฝ่าย..... โทร แฟกซ์

Team/Department

Tel.

Fax No.