

แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมมรดกกรรม (Claimant's Statement)

เอกสารหมายเลข 1



คำเตือน: การเรียกร้องผลประโยชน์ตามกรมธรรม์ฯ โดยทุจริตหรือแสดงหลักฐานเท็จหรือการดำเนินการใด ๆ อันเป็นการช่วยเหลือหรือให้ความสะดวกในการกระทำดังกล่าว มีโทษทั้งจำคุกไม่เกิน 3 ปี และหรือปรับไม่เกิน 300,000 บาท ตามมาตรา 114/4 แห่ง พ.ร.บ. ประกันชีวิต 2562

ชื่อ-สกุลของผู้เสียชีวิต..... เพศ..... อายุ..... ปี
 หมายเลขกรมธรรม์ประกันภัย (โปรดระบุทุกกรมธรรม์)
 1) หมายเลขกรมธรรม์..... จำนวนเงินเอาประกันภัย..... บาท
 2) หมายเลขกรมธรรม์..... จำนวนเงินเอาประกันภัย..... บาท

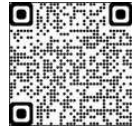
1. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
 2. อาชีพขณะเสียชีวิต ลักษณะงาน
 3. วัน/ เดือน/ ปีที่เสียชีวิต สถานที่เสียชีวิต.....
 สาเหตุที่เสียชีวิต.....
 4. ชื่อและที่อยู่ของแพทย์ทุกคนที่รักษาพยาบาลผู้เสียชีวิตในระหว่างการเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย และระหว่าง 3 ปีก่อนนั้น

ชื่อ-นามสกุลแพทย์ผู้รักษา	โรงพยาบาล/ คลินิก	วันที่รักษา	โรค หรือ อาการเจ็บป่วย
.....
.....
.....

5. ผู้เสียชีวิตมีประกันชีวิตหรือประกันภัยกับบริษัทใด (โปรดระบุรายละเอียด)

ชื่อบริษัท	หมายเลขกรมธรรม์	วันที่ทำสัญญา	จำนวนเงินเอาประกันภัย
.....
.....
.....

ถ้อยแถลงการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล:
 ข้าพเจ้าและ/หรือผู้แทนโดยชอบธรรม รับทราบว่า บมจ. โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย) จะประมวลผลข้อมูลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าและ/หรือผู้เยาว์ เพื่อให้บริการสินไหม การบริการประกันชีวิต และอื่นใดตามความจำเป็นที่ปรากฏรายละเอียดในแนวทางการประมวลผลที่ระบุในนโยบายความเป็นส่วนตัว ส่วนตัวของบริษัทฯ ประกาศใน <https://www.tokiomarine.com/th/th-life/global/privacy-policy.html> หรือ สแกน QR Code ซึ่งข้าพเจ้าได้อ่านแล้ว ทั้งนี้ ข้าพเจ้ารับรองและรับประกันว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคคลอื่นใดที่ข้าพเจ้าเปิดเผยแก่บริษัทฯ ปรากฏในเอกสารนี้ ถูกต้องและสมบูรณ์ รวมทั้ง ได้รับความยินยอมจากเจ้าของข้อมูล ให้บริษัทฯ ดำเนินการประมวลผล และ ได้แจ้งนโยบายความเป็นส่วนตัว ส่วนตัวของบริษัทฯ ให้กับบุคคลดังกล่าวทราบแล้ว



ผู้ลงนามข้างท้ายแบบเรียกร้องฉบับนี้ ขอเรียกร้องต่อ บริษัท โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) และ ตกลงที่จะปฏิบัติตามขั้นตอนในการแสดงตนตามที่บริษัทฯ กำหนด (ในบางกรณี) พร้อมทั้ง ยอมรับว่าบันทึกถ้อยคำ และหลักฐานประกอบของแพทย์ทุกท่านที่ให้การรักษาพยาบาลผู้เสียชีวิตรวมทั้งเอกสารอื่นๆ ที่ใช้ประกอบใบเรียกร้องนี้ทั้งหมด ให้ถือเป็นส่วนหนึ่งในการเรียกร้องสินไหมมรดกกรรมรายนี้ ทั้งยอมรับอีกด้วยว่าการที่บริษัทฯ ได้จัดแบบเรียกร้องนี้ให้หรือแบบพิมพ์อื่นใดไม่ถือว่าเป็นคำรับรองของบริษัทฯ ว่ากรมธรรม์ ประกันชีวิตข้างต้นยังมีผลบังคับอยู่ ทั้งนี้ถือว่าเป็นการสละสิทธิ์ข้อต่อสู้ใดๆ ของบริษัทฯ ด้วย

ลายมือชื่อผู้เรียกร้อง..... (ผู้รับประโยชน์ตามกรมธรรม์)
 (.....)
 ที่อยู่ของผู้เรียกร้อง..... โทรศัพท์.....
 วัน/ เดือน/ ปี.....
 เขียนที่.....

เพื่อป้องกันการล่าช้า โปรดลงนามบนหนังสือให้ความยินยอมท้ายรายการนี้

หนังสือให้ความยินยอมและมอบอำนาจ

ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ โรงพยาบาล คลินิก บริษัทประกันชีวิต หรือองค์กร สถานพยาบาล หรือบุคคลอื่นใดซึ่งกระทำการรักษา มีบันทึกหรือทราบประวัติสุขภาพข้อมูลอื่นๆ ของผู้เสียชีวิตดังกล่าว มีอำนาจแจ้งถึงความเจ็บป่วย การได้รับบาดเจ็บ ประวัติทางการแพทย์ ใบสั่งยา การให้คำปรึกษา หรือการรักษา และสำเนาบันทึกของโรงพยาบาล หรือบันทึกทางการแพทย์ของผู้เสียชีวิต รวมทั้งข้อมูลอื่นๆ ต่อบริษัท โตเกียวมารีนประกันชีวิต (ประเทศไทย) จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทฯ ได้อันสำเนาภาพถ่ายของหนังสือให้ความยินยอมนี้ ให้ถือว่ามิผลบังคับได้เช่นเดียวกับต้นฉบับ

ลายมือชื่อผู้ให้ความยินยอม..... โทรศัพท์.....
 (.....)
 ความเกี่ยวข้องกับผู้เสียชีวิต..... วัน/ เดือน/ ปี.....

แบบฟอร์มนำส่งการเรียกร้องสินไหมทดแทนและโรคภัยแรง



ชื่อผู้เอาประกันภัย กรมธรรม์เลขที่

บริษัท..... ใบรับรองประกันภัยเลขที่

ผู้นำส่ง..... วันที่..... โทรศัพท์.....

กรณีเสียชีวิตโดยธรรมชาติ (จากการเจ็บป่วย)	นำส่ง	ไม่ได้นำส่ง
1. สำเนาใบมรณบัตร รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัยที่มีการจำหน่าย "ตาย" รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เอกสารแสดงตัวตนของผู้รับประโยชน์ (ตามพ.ร.บ. ป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน พ.ศ.2542)***		
4. สำเนาบัตรทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับประโยชน์ทุกคน รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. สำเนาภาพถ่ายผู้รับประโยชน์คู่กับบัตรประชาชนโดยเห็นใบหน้าและบัตรประชาชนที่ชัดเจนพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์ (1 คนต่อ 1 ใบและเป็นสำเนาภาพสีเท่านั้น)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. สำเนาสูติบัตรของผู้รับประโยชน์ ซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะ รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้ปกครองโดยชอบธรรม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน (เอกสารหมายเลข 1) ลงนามโดยผู้รับประโยชน์(1 คนต่อ 1 ใบ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. แบบฟอร์มรายงานแพทย์ (เอกสารหมายเลข 2) เฉพาะกรณีเสียชีวิตในโรงพยาบาล (หรือเอกสารตามข้อ 20) หรือใบแจ้งตายด้านหน้าและด้านหลัง กรณีเสียชีวิตที่บ้าน หรือใบรับรองแพทย์ก่อนเสียชีวิต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. แบบฟอร์มรายงานประกอบการเรียกร้องสินไหมทดแทน (เอกสารหมายเลข 3) โดยฝ่ายบุคคล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. สำเนาใบสมัครงาน สัญญาจ้างงาน บันทึกการลงเวลาทำงาน และหลักฐานการรับหรือจ่ายเงินเดือน ย้อนหลัง 3 เดือน รับรองสำเนาถูกต้องโดยฝ่ายบุคคล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
กรณีเสียชีวิตผิดธรรมชาติ (จากอุบัติเหตุหรือถูกฆาตกรรม) นำส่งเอกสารเพิ่มดังนี้		
12. สำเนารายงานประจำวันตำรวจ รับรองสำเนาถูกต้องโดยตำรวจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพ หรือ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. สำเนารายงานการตรวจศพ ในกรณีมีการผ่าพิสูจน์ศพ รับรองสำเนาถูกต้องโดยตำรวจหรือแพทย์ผู้ชันสูตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
กรณีเสียชีวิตจากโรคภัยแรงนำส่งเอกสารเพิ่มดังนี้		
15. แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน กรณีโรคภัยแรง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. สำเนาประวัติการรักษาตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยถึงปัจจุบัน (OPD CARD) จากสถานพยาบาลที่ไปรับการรักษาทั้งหมด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. สำเนาผลชิ้นเนื้อที่ระบุวินิจฉัยโรคภัยแรง (PATHOLOGY) สำเนาผลตรวจพิเศษอื่นๆ เช่น ฟิล์ม เอ็กซเรย์, CT, MRI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
หมายเหตุ:		
1. กรณีผู้รับประโยชน์คือ บริษัท/ ผู้ถือกรมธรรม์ ให้กรรมการผู้มีอำนาจกระทำการแทนบริษัทหรือผู้รับมอบอำนาจฯ ลงนามในแบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน (เอกสารหมายเลข 1) พร้อมทั้งแนบหลักฐาน ตามข้อ 5 เพิ่มเติม		
2. กรณีผู้รับประโยชน์ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เอกสารหมายเลข 1 พร้อมเอกสารตามข้อ 4,5,6,8 ลงนามโดยผู้รับประโยชน์ร่วมกับผู้ปกครองโดยชอบธรรม		
*** พ.ร.บ. ป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน พ.ศ.2542 (ปปง) กำหนดให้บริษัทประกันชีวิต มีหน้าที่ต้องทำ (KYC) การพิสูจน์ตัวตนของลูกค้าที่มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 26 กันยายน 2564 เป็นต้นไป		
เอกสารสำคัญอื่นๆ ที่ต้องนำส่งแล้วแต่กรณี		
18. สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ สกุล ของผู้เอาประกันภัย หรือของผู้รับประโยชน์ กรณีที่ไม่ตรงตามที่ระบุในกรมธรรม์ รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. สำเนาทะเบียนสมรสของผู้เอาประกันภัย หรือของผู้รับประโยชน์ รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. สำเนาใบรับรองการตาย รับรองสำเนาโดยพนักงานเจ้าหน้าที่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. รูปถ่ายอุบัติเหตุ หรือข่าวหนังสือพิมพ์ (ถ้ามี)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ส่วนนี้เฉพาะเจ้าหน้าที่บริษัท		
บริษัทได้รับเอกสารดังกล่าวข้างต้นแล้ว และได้มีการตรวจสอบเอกสารที่ระบุมา ปรากฏว่า		
<input type="checkbox"/> ครบถ้วน <input type="checkbox"/> ไม่ครบ ขาดเอกสารดังนี้		
ส่วนสินไหมประกันกลุ่ม วันที่		

แบบฟอร์มนำส่งการเรียกร้องสินไหมทดแทน



ชื่อผู้เอาประกันภัย กรมธรรม์เลขที่

บริษัท..... ใบรับรองประกันภัยเลขที่

ผู้นำส่ง..... วันที่..... โทรศัพท์.....

กรณีเสียชีวิตโดยธรรมชาติ (จากการเจ็บป่วย)	นำส่ง	ไม่ได้นำส่ง
1. สำเนาใบมรณบัตร รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้เอาประกันภัยที่มีการจำหน่าย "ตาย" รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. สำเนาบัตรประชาชนของผู้เอาประกันภัย รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เอกสารแสดงตัวตนของผู้รับประโยชน์ (ตามพ.ร.บ.ป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน พ.ศ.2542)***		
4. สำเนาบัตรทะเบียนบ้านของผู้รับประโยชน์ รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับประโยชน์ทุกคน รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. สำเนากภาพถ่ายผู้รับประโยชน์คู่กับบัตรประชาชนโดยเห็นใบหน้าและบัตรประชาชนที่ชัดเจนพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์ (1 คนต่อ 1 ใบและเป็นสำเนากภาพสีเท่านั้น)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. สำเนาสูติบัตรของผู้รับประโยชน์ ซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะ รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้ปกครองโดยชอบธรรม	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. แบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน (เอกสารหมายเลข 1) ลงนามโดยผู้รับประโยชน์ (1 คนต่อ 1 ใบ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. แบบฟอร์มรายงานแพทย์ (เอกสารหมายเลข 2) เฉพาะกรณีเสียชีวิตในโรงพยาบาล (หรือเอกสารตามข้อ 17) หรือใบแจ้งตายด้านหน้าและด้านหลัง กรณีเสียชีวิตที่บ้าน หรือใบรับรองแพทย์ก่อนเสียชีวิต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. แบบฟอร์มรายงานประกอบการเรียกร้องสินไหมทดแทน (เอกสารหมายเลข 3) โดยฝ่ายบุคคล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. สำเนาใบสมัครงาน สัญญาจ้างงาน บันทึกการลงเวลาทำงาน และหลักฐานการรับหรือจ่ายเงินเดือน ย้อนหลัง 3 เดือน รับรองสำเนาถูกต้องโดยฝ่ายบุคคล	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
กรณีเสียชีวิตผิดธรรมชาติ (จากอุบัติเหตุหรือถูกฆาตกรรม) นำส่งเอกสารเพิ่มดังนี้		
12. สำเนารายงานประจำวันตำรวจ รับรองสำเนาถูกต้องโดยตำรวจ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. สำเนารายงานการชันสูตรพลิกศพ หรือ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. สำเนารายงานการตรวจศพ ในกรณีมีการผ่าพิสูจน์ศพ รับรองสำเนาถูกต้องโดยตำรวจหรือแพทย์ผู้ชันสูตร	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
หมายเหตุ:		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1.กรณีผู้รับประโยชน์คือ บริษัท/ ผู้ถือกรมธรรม์ ให้ กรรมการผู้มีอำนาจกระทำการแทนบริษัทหรือผู้รับมอบอำนาจฯ ลงนามในแบบฟอร์มเรียกร้องสินไหมทดแทน (เอกสารหมายเลข 1) พร้อมทั้งแนบหลักฐาน ตามข้อ 5 เพิ่มเติม ▪ 2.กรณีผู้รับประโยชน์ยังไม่บรรลุนิติภาวะ เอกสารหมายเลข 1 พร้อมเอกสารตามข้อ 4,5,6,8 ลงนามโดยผู้รับประโยชน์ร่วมกับผู้ปกครองโดยชอบธรรม ▪ *** พ.ร.บ.ป้องกันและปราบปรามการฟอกเงิน พ.ศ.2542 (ปง)กำหนดให้บริษัทประกันชีวิต มีหน้าที่ต้องทำ (KYC)การพิสูจน์ตัวตนของลูกค้ามีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 26 กันยายน 2564 เป็นต้นไป 		
เอกสารสำคัญอื่นๆ ที่ต้องนำส่งแล้วแต่กรณี		
15. สำเนาหลักฐานการเปลี่ยนชื่อ สกุล ของผู้เอาประกันภัย หรือของผู้รับประโยชน์ กรณีที่ไม่ตรงตามที่ระบุในกรมธรรม์ รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. สำเนาทะเบียนสมรสของผู้เอาประกันภัย หรือของผู้รับประโยชน์ รับรองสำเนาถูกต้องโดยผู้รับประโยชน์	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. สำเนาใบรับรองการตาย รับรองสำเนาโดยพนักงานเจ้าหน้าที่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. รูปถ่ายอุบัติเหตุ หรือข่าวหนังสือพิมพ์ (ถ้ามี)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ส่วนนี้เฉพาะเจ้าหน้าที่บริษัท		
บริษัทได้รับเอกสารดังกล่าวข้างต้นแล้ว และได้มีการตรวจสอบเอกสารที่ระบุมา ปรากฏว่า		
<input type="checkbox"/> ครบถ้วน <input type="checkbox"/> ไม่ครบ ขาดเอกสารดังนี้		
ส่วนสินไหมประกันกลุ่ม		วันที่



แบบฟอร์มรายงานประกอบการเรียกร้องสินไหมมรณกรรม

ชื่อผู้เสียชีวิต (ผู้เอาประกันภัย) เพศ..... อายุ..... ปี

ที่อยู่

กรมธรรม์เลขที่ 1. 2. 3.

1. ท่านรู้จักผู้เอาประกันภัยเป็นการส่วนตัวหรือไม่ หรือรู้จักในฐานะใด	1.
2. ท่านรู้จักผู้เอาประกันภัยมานานเท่าไร	2.
3. ท่านได้รับการแจ้งเสียชีวิตเมื่อใด	3.
4. วันที่เสียชีวิต	4.
5. สถานที่เสียชีวิต	5.
6. สาเหตุที่เสียชีวิต	6.
7. ระยะเวลาของการเจ็บป่วย / บาดเจ็บครั้งสุดท้าย	7.
8. ท่านได้สอบถามเพื่อนบ้านคนใดบ้างในเรื่องเกี่ยวกับการเสียชีวิต ของผู้เอาประกันภัย (กรุณาระบุชื่อ-ที่อยู่)	8.
9. จากการสอบถามได้รายละเอียดเป็นประการใด	9.
10. ผู้เอาประกันภัยมีอาชีพอะไร ขณะเสียชีวิต โปรดระบุรายละเอียดอาชีพ และสถานที่ทำงาน	10.
11. ผู้เอาประกันภัยเคยไปรับการรักษาที่สถานพยาบาล หรือแพทย์ ท่านใดก่อนและในขณะที่เสียชีวิต	11.
12. ท่านพบศพภายหลังการเสียชีวิตหรือไม่ (กรุณาระบุวันที่ หากพบศพ)	12.
13. ท่านได้อยู่ร่วมในพิธีศพของผู้เอาประกันภัยหรือไม่	13.
14. ผู้เอาประกันภัยมีประกันชีวิต / ประกันภัย ไว้กับบริษัทใดอีก จำนวนเงินเอาประกันภัยทั้งสิ้น	14.
15. รายละเอียดอื่นๆ	15.

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ

รายงานโดย

(.....)

ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์.....

วันที่.....



แบบฟอร์มรายงานแพทย์ (Physician's Statement)

1. ชื่อผู้เสียชีวิต (Deceased's Name in full)..... เพศ (Sex)..... อายุ (Age).....ปี
น้ำหนัก (Weight).....กิโลกรัม (Kilograms) ส่วนสูง (Height).....เซนติเมตร (Centimeters) H.N..... A.N.....
ที่อยู่ (Address).....
..... อาชีพ (Occupation).....

2. ท่านรู้จักผู้เสียชีวิตมานานเท่าใด/ How long had you known the deceased?.....

3. ก. ท่านเป็นแพทย์ผู้รักษาหรือที่ปรึกษาผู้เสียชีวิตมาตั้งแต่เมื่อใด ด้วยโรคใด / When had you been the medical attendant or adviser of deceased?
And from what disease?.....
ข. การเจ็บป่วยที่เป็นเหตุให้เสียชีวิตครั้งนี้ ผู้เสียชีวิตได้รับการรักษาจากแพทย์ท่านอื่นมาก่อนหรือไม่ ถ้ามี โปรดระบุ / Did the deceased receive any treatment before death? If yes, please specify the doctor's name.

4. ก. ท่านเป็นแพทย์ผู้รักษาการเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายของผู้เสียชีวิตหรือไม่ / Did you attend deceased during his last illness? Yes No
ข. ถ้าใช่ ผู้เสียชีวิตป่วยเป็นโรคอะไร / If so, for what disease?

ค. วันแรกที่ท่านเยี่ยมผู้เสียชีวิต / Date of your first visit?

ง. วันสุดท้ายที่ท่านเยี่ยมผู้เสียชีวิต / Date of your last visit?

5. ก. สถานที่ที่เสียชีวิต / Place of Death

ข. วันที่เสียชีวิต / Date of Death ค. เวลาที่เสียชีวิต / Time of Death

6. ก. สาเหตุโดยตรงที่ทำให้เสียชีวิตคือ / What was the immediate cause of death?
.....
.....
ข. โรค / อาการเจ็บป่วยที่ทำให้เสียชีวิตเป็นมานานเท่าใด / How long did deceased suffer from this disease?
.....
ค. ตามความเห็นของท่านโรค/ อาการเจ็บป่วยที่ทำให้เสียชีวิตเป็นมานานเท่าใด / In your opinion, how long did the deceased suffer from this disease?
.....

7. ผู้เสียชีวิตป่วยเป็นโรคอื่นที่สำคัญอะไรบ้างหรือไม่ เมื่อใด / From what other important disease, if any, did the deceased suffer?
.....

8. ผู้เสียชีวิตได้ใช้สุราหรือยาเสพติดหรือไม่/ถ้ามี วัตถุนั้นเป็นเหตุให้เสียชีวิตหรือไม่ / Did deceased use alcohol or narcotics?/If so, did they contribute to the fatal disease?
.....

9. ผู้เสียชีวิตได้รับการตรวจระดับแอลกอฮอล์ในเลือดหรือไม่ / Test for Alcohol level? If yes, what is the result?
 Not done Done: Result.....

10. ผู้เสียชีวิตมีการตรวจหาเลือดโรคเอดส์หรือไม่ / Test for HIV? If yes, what is the result?
 Not done Done: Result.....

11. การเสียชีวิตครั้งนี้มีการผ่าพิสูจน์ศพ /ชันสูตรพลิกศพหรือไม่ ถ้ามี โปรดระบุ / Is there the autopsy? If yes, please state
 No Yes.....

เขียนที่: Sign at..... วันที่: Date.....
อำเภอ: District..... จังหวัด: Country of

ลงชื่อ: Signature..... คุณวุฒิ: Qualification

ชื่อและที่อยู่ (โปรดเขียนตัวบรรจง) : Name address (Please print).....
.....
.....