ใบรับรองของแพทย์ผู้รักษา

การอ้างสิทธิตามกรมธรรม์ฉบับที่ ..... ในชีวิตของ (ผู้เอาประกัน) .....

(รับรองโดยแพทย์ผู้รักษาผู้ตายในการป่วยครั้งสุดท้าย)

๑ ชื่อเต็ม , ที่อยู่ และอายุของผู้เอาประกัน	๑. ชื่อ ..... ที่อยู่ ..... อาชีพ ..... อายุ .....
๒ วันที่และที่ที่ตาย	๒. วันที่ตาย ..... ที่ที่ตาย .....
๓ (ก) สาเหตุอันแท้จริงที่ทำให้ตาย (เมื่อกล่าวถึงโรค หรือ สาเหตุอื่นของความตายโปรดใช้คำในทางวิชาการ) (ข) ได้เจ็บป่วยด้วยโรคนี้มานานเท่าใด? (ค) เป็นการยืนยันด้วยการตรวจภายหลัง ตายหรือได้ทราบอาการ และอาการปรากฏให้เห็นระหว่างมีชีวิต? (ง) อาการป่วยเป็นอย่างไร และสังเกตเห็นครั้งแรกเมื่อใด? (จ) ท่านได้รักษาเขาอยู่ ตลอดระยะเวลาหรือไม่? ถ้าไม่โปรดกล่าวด้วยว่าระยะใด?	๓. (ก) ระยะแรก ..... ระยะหลัง ..... (ข) ..... (ค) ..... (ง) ..... (จ) .....
๔ สาเหตุที่ทำให้ตายนี้ สืบเนื่องมาจากโรคหรือการป่วยอะไรอยู่ก่อน โปรดแจ้งรายละเอียด (ก) วันที่ที่สังเกตเห็นเช่นนั้นครั้งแรก (ข)ใครรักษา	๔. ..... (ก) ..... (ข) .....
๕ เขามีนิสัย ชอบเสพย์สุรามึนเมาเสมอหรือไม่? ท่านมีเหตุผลที่จะคะเน หรือสงสัยหรือไม่ ว่าโรคในกรณีของเขานี้ เป็นสาเหตุ จากการเสพสุราของเขา	๕. .....
๖ (ก) ท่านเป็น แพทย์ประจำของผู้ตายหรือไม่? (ข) ถ้าเป็น (๑)เวลานานเท่าใด และ (๒) ในระหว่างสามปีก่อน การป่วยครั้งสุดท้าย ท่านได้รักษาโรคอะไรให้แก่ผู้ตาย และ รักษาเมื่อใด (ค) มีแพทย์อื่นร่วมปรึกษากับท่าน หรือร่วมรักษากับท่านระหว่างป่วยครั้งสุดท้ายหรือไม่? ถ้ามีโปรดบอกชื่อและที่อยู่ด้วย	๖ (ก) ..... (ข) ๑. ..... ๒. ..... (ค) .....
๗ ได้มีการตรวจสอบ ตามพิธีการชันสูตรพลิกศพหรือไม่? ถ้ามีผลเป็นอย่างไร	๗. .....

ข้าพเจ้า ..... แพทย์ผู้รักษาผู้ตายตามที่ระบุไว้ข้างต้นขอรับรองว่า คำแถลงข้างบนนี้เป็นความจริงและถูกต้องตามความรู้ที่ดีที่สุดตามความเชื่อของข้าพเจ้า

(ลายมือชื่อ).....

คุณวุฒิ .....

ที่อยู่ทางไปรษณีย์ .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ..... ได้ลงชื่อต่อหน้าข้าพเจ้า

ณ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ลายมือชื่อ ..... พยาน	ลายมือชื่อ ..... พยาน
นาม (ตัวบรรจง)	นาม (ตัวบรรจง) .....
อาชีพ	อาชีพ .....
ที่อยู่	ที่อยู่ .....
โทรศัพท์	โทรศัพท์ .....