

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) ได้เจ็บป่วยด้วยโรคนี้นานเท่าใด? (ค) เป็นการยืนยันด้วยการตรวจภายหลัง ตายหรือได้ทราบอาการ และอาการปรากฏให้เห็นระหว่างมีชีวิต? (ง) อาการป่วยเป็นอย่างไร และสังเกตเห็นครั้งแรกเมื่อใด? (จ) ท่านได้รักษาเขาอยู่ ตลอดระยะเวลาหรือไม่? ถ้าไม่โปรดกล่าวด้วยว่า ระยะเวลาใด?	๓. (ก) ระยะแรก ระยะหลัง (ข) (ค) (ง) (จ)
๔ สาเหตุที่ทำให้ตายนี้ สืบเนื่องมาจากโรคหรือการป่วยอะไรอยู่ก่อน โปรดแจ้งรายละเอียด (ก) วันที่ที่สังเกตเห็นเช่นนั้นครั้งแรก (ข) ใครรักษา	๔. (ก) (ข)
๕ เขามีนิสัย ชอบเสพสุราเมินเมาเสมอหรือไม่? ท่านมีเหตุผลที่จะคะเน หรือสงสัยหรือไม่ ว่าโรคในกรณีของเขานี้ เป็นสาเหตุ จากการเสพยาของเขา	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
 นาม (ตัวบรรจง)
 อาชีพ
 ที่อยู่
 โทรศัพท์

ลายมือชื่อ พยาน
 นาม (ตัวบรรจง)
 อาชีพ
 ที่อยู่
 โทรศัพท์