



บริษัท เจเนอราลี่ ประกันชีวิต (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)
เลขที่ 1 อาคารพาร์ค สยาม ชั้น 21 และชั้น 20 ยูนิท 2002
ถนนคอนแวนต์ แขวงสีลม เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร 10500
ทะเบียนเลขที่ : 0107555000589 สำนักงานใหญ่ โทร : 02-685-3828
ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ Customer FIRST : 1394

ใบรายงานแพทย์มรณกรรม

วันที่ (Date) :/...../.....

โรงพยาบาล..... ☐ ประกันภัยรายบุคคล ☐ ประกันภัยกลุ่ม

- ชื่อ-สกุลผู้เสียชีวิต อายุ ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
ที่อยู่ปัจจุบัน.....
- วันที่เสียชีวิต..... เวลา น. สถานที่เสียชีวิต.....
 - สาเหตุการเสียชีวิต.....
 - สาเหตุ.....
 - สาเหตุแทรกซ้อน.....
- สถานพยาบาลที่ทำการรักษา วันที่เข้ารักษาวันที่ออกจาก ส.พ.....
เลขที่บัตรผู้ป่วยทั่วไป (H.N.) เลขที่บัตรผู้ป่วยใน(A.N.)
- ป่วยด้วยโรคนี้มานานเท่าใด.....
ผู้ตายเคยมีประวัติการรักษาที่สถานพยาบาลนี้หรือที่อื่นหรือไม่ (โปรดระบุ) :

วัน/เดือน/ปี	การวินิจฉัยโรค	การรักษา	สถานที่รักษา
.....			
.....			
- จากการชันสูตรพลิกศพ (กรณีการชันสูตรพลิกศพ) ท่านมีความเห็นว่าผู้ตาย
ตายด้วยสาเหตุใด.....
 - มีการตรวจหรือชันสูตรพลิกศพตามวิธีการของแพทย์หรือไม่ (Autopsy) ☐ ไม่มี ☐ มี
โปรดระบุสถานที่ทำการตรวจศพ.....
 - มีการตรวจแอลกอฮอล์ ในกระแสเลือดหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี
โปรดระบุผลการตรวจ(mg %)
 - มีการตรวจหายาเสพติดหรือสารพิษหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี
- สาเหตุที่ทำให้ตาย สืบเนื่องมาจากสุรา/ยาเสพติด หรือไม่
- ผู้ตายมีโรคประจำตัวอยู่ก่อนหรือไม่ ☐ ไม่มี ☐ มี ถ้ามี โปรดระบุ.....
- ตามทัศนะของท่าน เชื่อว่าการตายนี้เป็นการฆาตกรรม/อัตวินิบาตกรรม/อุบัติเหตุ หรือการเจ็บป่วย
.....
.....
- ความเห็นอื่น ๆ
.....
.....

.....
(.....)

แพทย์

วันที่:.....

คุณวุฒิ
ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์เลขที่
โทร
ชื่อสถานพยาบาล
ที่อยู่
ประทับตรา (สถานพยาบาล)

หมายเหตุ: บริษัทฯ จะไม่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการออกใบรายงานแพทย์มรณกรรม



หากท่านมีข้อสงสัยเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ ส่วนบริการลูกค้าประกันชีวิตกลุ่ม โทร 1394 ภายในวันและเวลาทำการ วันจันทร์ – วันเสาร์ 08.30-20.00 น.
(ในวันหยุดนักขัตฤกษ์) LINE: @GenBuddy วันและเวลาทำการ วันจันทร์ – ศุกร์ 08.30 – 20.00 น.