

**บริษัท เจนเนอรัลลี่ ประกันภัย (ไทยแลนด์) จำกัด (มหาชน)**

87/2 อาคารซีอาร์ซี ทาวเวอร์ ออลซีเอ็นเอส เพลส ชั้น 16 ยูนิต์ 1601 และ 1607

ถนนวิภาวดี แขวงลุมพินี เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

สำนักงานใหญ่ โทร : 02-685-3828 โทรสาร : 02-685-3830

ทะเบียนเลขที่ 0107555000571

ใบรายงานแพทย์มรณกรรม

วันที่ (Date) :/...../.....

โรงพยาบาล..... ☐ ประกันภัยรายบุคคล ☐ ประกันภัยกลุ่ม

- ชื่อ-สกุลผู้เสียชีวิต อายุ ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
ที่อยู่ปัจจุบัน.....
- วันที่เสียชีวิต..... เวลา น. สถานที่เสียชีวิต.....
 - สาเหตุการเสียชีวิต.....
 - สาเหตุน้ำ.....
 - สาเหตุแทรกซ้อน.....
- สถานพยาบาลที่ทำการรักษา วันที่เข้ารักษาวันที่ออกจาก ส.พ.....
เลขที่บัตรผู้ป่วยทั่วไป (H.N.) เลขที่บัตรผู้ป่วยใน(A.N.)
- ป่วยด้วยโรคนี้มานานเท่าใด.....
ผู้ตายเคยมีประวัติการรักษาที่สถานพยาบาลนี้หรือที่อื่นหรือไม่ (โปรดระบุ) :
วัน/เดือน/ปี การวินิจฉัยโรค การรักษา สถานที่รักษา
.....
.....
- จากการชันสูตรพลิกศพ (กรณีมีการชันสูตรพลิกศพ) 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

ใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะเลขที่

โทร

ชื่อโรงพยาบาล

ที่อยู่

ประทับตรา (สถานพยาบาล)

หมายเหตุ: บริษัทฯ จะไม่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการออกใบรายงานแพทย์มรณกรรม

หากท่านมีข้อสงสัยเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร 1394 ภายในวันและเวลาทำการ วันจันทร์ – วันศุกร์ 08.30-20.00 น. และวันเสาร์ 08.30-17.00 น.

LINE: @GeneraliThailand หรือ Email: info@generali.co.th