

8. รายละเอียดการทำประกันชีวิต หรือประกันภัยอื่นของผู้ตาย ถ้ามีโปรดระบุบริษัทและจำนวนเงินเอาประกันภัยด้วย

ชื่อบริษัทประกันภัย	วันที่ทำสัญญา	จำนวนเงินเอาประกันภัย
.....
.....
.....
.....
.....

9. รายละเอียดอื่นๆ

.....

.....

.....

หนังสือมอบอำนาจและให้ความยินยอม

ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจไว้ ณ ที่นี้ให้แก่ นายแพทย์ โรงพยาบาล คลินิก บริษัทประกันภัย หรือองค์กร สถาบัน หรือบุคคลอื่นใดซึ่งมี บันทึกรหัส หรือเรื่องราวของผู้ตาย หรือที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ตาย โดยยินยอมให้เปิดเผยรายละเอียดต่างๆ ของผู้ตายเกี่ยวกับประวัติสุขภาพหรือ โรคต่างๆ รวมทั้งการรักษาในโรงพยาบาล การปรึกษา การรักษาโรค หรือความเจ็บป่วยอื่นๆ ของผู้ตายให้แก่ บริษัท ที ไลฟ์ ประกันชีวิต จำกัด (มหาชน) หรือผู้แทนของบริษัทเป็นผู้มีอำนาจดำเนินการของทราบรายละเอียด รวมทั้งสำเนาบันทึกต่างๆ แทนข้าพเจ้า สำเนาภาพถ่ายหนังสือฉบับนี้ให้ถือว่า มีผลบังคับได้และสมบูรณ์เท่ากับต้นฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้เรียกร้องสิทธิ/ให้ความยินยอมมอบอำนาจ
(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง (กรณีผู้เยาว์)
(.....)

วันที่.....

รายงานแพทย์ (กรณีมรณกรรม) (DOCTOR'S CERTIFICATE)

เอกสาร 2

รายงานแพทย์นี้ต้องกระทำโดยนายแพทย์ผู้ทำการรักษาผู้ตายระหว่างบาดเจ็บ หรือ เจ็บป่วยครั้งสุดท้าย (This statement is to be completed by the doctor in attendance during the deceased's last illness or injury and each question should be fully answered)

1. 1.1 ชื่อของผู้ตาย (Name of deceased).....อายุ (Age).....ปี (Years)
1.2 ที่อยู่ (Address).....
1.3 อาชีพ (Occupation).....
2. 2.1 วันที่ที่ตาย (Date of death).....
2.2 สถานที่ที่ตาย (Place of death).....
3. 3.1 สถานพยาบาลที่ทำการรักษา (Name of hospital).....
3.2 หมายเลขบัตรผู้ป่วยทั่วไป (Hospital number) H.N.....
3.3 หมายเลขผู้ป่วยภายในสถานพยาบาล (Admission number) A.N.....
4. 4.1 สาเหตุที่ทำให้ตาย (Cause of death).....
4.2 ระยะเวลาของการเจ็บป่วยจนกระทั่งตาย..... (Interval between onset and death).....
4.3 การวินิจฉัยโรค (Diagnosis).....
4.4 ความบาดเจ็บ (Injuries).....
4.5 สาเหตุก่อนหน้า (Antecedent cause).....
4.6 สาเหตุแทรกซ้อนที่สำคัญอื่นๆ (Complications).....
4.7 หากสาเหตุการตายสืบเนื่องจาก (If death was due to)..... <input type="checkbox"/> อุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> อัดวินิบาตกรรม <input type="checkbox"/> ฆาตกรรม โปรดอธิบาย..... <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Suicide <input type="checkbox"/> Homicide (describe briefly).....
4.8 สาเหตุที่ทำให้ตายสืบเนื่องมาจากสุรา/ยาเสพติดหรือไม่..... (Did the health cause by alcoholic intoxication or narcotic drug?, Yes/No).....
5. 5.1 ท่านรู้จักหรือเป็นแพทย์ประจำตัวของผู้ตายใช่หรือไม่..... ถ้าใช่ระยะเวลาานเท่าใด (How long have you know the deceased?).....
5.2 วันแรกที่ท่านทำการรักษาผู้ตาย..... (Date of first attendance in last illness).....
5.3 วันสุดท้ายที่ท่านทำการรักษาผู้ตาย..... (Date of last attendance in last illness).....
6. มีการตรวจหรือชันสูตรศพตามวิธีการของแพทย์หรือไม่..... ถ้ามี ผลเป็นประการใด..... (Was an inquest held of autopsy performed ? Yes/No..... If so, by whom and what findings).....
7. ท่านเคยรักษาอาการเจ็บป่วยของผู้ตายในระหว่าง 5 ปีที่ล่วงมาหรือไม่..... ถ้าเคย โปรดระบุสาเหตุ และอาการที่ตรวจพบ..... (Have you treated the deceased during the last 5 years prior to last illness ? Yes/No..... If so, please furnish cause and nature of ailments).....

8. ท่านทราบหรือเคยทราบหรือไม่ว่าผู้ตายเคยได้รับการรักษาจากแพทย์หรือสถานพยาบาลอื่นๆ หรือไม่ ทราบ ไม่ทราบ
ถ้าทราบ โปรดระบุ (Did the deceased to your knowledge, receive treatment from any other physician, or in any hospital institution? Yes/No If so, please furnish the following.)

วันที่ Date	อาการของโรค Nature of ailments	การวินิจฉัย Diagnosis	ชื่อ, ที่อยู่ของแพทย์ผู้ทำการรักษา Name, Address of physician/ hospital
.....
.....
.....
.....
.....

9. ความคิดเห็นอื่นๆ.....
Additional comments.....
.....
.....

ประทับตราโรงพยาบาล
(Hospital Stamp)

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ทำการรักษา
Signature (.....)

คุณวุฒิ.....
Qualification.....

ใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์.....
License No.....

ที่อยู่.....
.....
Address or name of hospital.....

วันที่/...../.....
Date...../...../.....