

SURAT KETERANGAN DOKTER Untuk Klaim Meninggal

(Diisi oleh Dokter)

Kepada Yth. Dokter yang merawat/mengobati.

Kami mohon kesediaan Dokter untuk mengisi Surat Keterangan Dokter ini dengan sebenarnya sesuai data yang ada dan yang Dokter Ketahui. Terima kasih.

Data-data Pasien / Almarhum /-ah Nama Pasien / Almarhum /-ah : _____ No. Pasien / Rekam Medis : _____ Tanggal lahir / Umur : _____ / _____ / _____ atau _____ tahun, Jenis kelamin : ☐ Pria ☐ Wanita Alamat Pasien : _____	
Penyebab Meninggal Keadaan yang menyebabkan meninggal Tempat meninggal Tanggal & jam meninggal	☐ Penyakit ☐ Kecelakaan ☐ Lainnya : _____ _____ ____ ____ ____ ____ (tanggal / bulan / tahun), Jam : _____
Jika Meninggal karena Penyakit Sebab utama meninggal Diagnosa penyakit Penyebab Diagnosa tersebut Sejak kapan mulai diderita penyakit tersebut ?	_____ _____ _____ ____ ____ ____ ____ (tanggal / bulan / tahun)
Jika Meninggal karena Kecelakaan Mohon ceritakan kronologis kecelakaan secara singkat ? Apakah penyebab terjadinya kecelakaan disebabkan oleh pengaruh alkohol / narkoba / obat-obatan / lainnya ?	_____ _____
Jika Meninggal karena Penyebab Lain Mohon jelaskan	_____
Apakah Sejawat hadir pada waktu meninggalnya ? Jika YA, Keluhan & gejala gangguan kesehatannya yang terakhir sebelum la meninggal ? Diagnosa gangguan kesehatannya yang terakhir sebelum la meninggal Jika TIDAK, Kapan Sejawat terakhir merawat Pasien ini sebelum la meninggal ?	☐ YA ☐ TIDAK _____ _____ ____ ____ ____ ____ (tanggal / bulan / tahun)
Riwayat Penyakit Kapan pertama kali Pasien ini berkonsultasi dengan Sejawat ? Keluhan & gejala penyakit / gangguan kesehatan-nya Diagnosa Sejawat atas penyakit / gangguan kesehatan-nya Apakah Pasien ini menderita / memiliki riwayat penyakit yang berhubungan dengan <u>Hipertensi, DM, Jantung, Paru-paru, Kejiwaan, Bawaan, Narkoba, HIV, lainnya</u> ? Apakah penyebab kematian Pasien ini berhubungan dengan riwayat penyakit di atas ? Mohon sebutkan nama, alamat dokter/ rumah sakit yang Sejawat ketahui pernah dikunjungi Pasien ini	____ ____ ____ ____ (tanggal / bulan / tahun) _____ _____ ☐ YA ☐ TIDAK Diagnosa: _____ Diderita sejak : _____ ☐ YA ☐ TIDAK Jika YA, Alasan : _____ _____
Dengan ini Saya menyatakan bahwa Saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. Nama Dokter : _____ Spesialisasi : _____ Alamat Dokter / RS : _____ No. Telepon / HP : _____	
_____ Tempat & Tanggal	_____ Tandatangan Dokter
_____ Cap Rumah Sakit	

PT. AXA Mandiri Financial Services

Registered Office : Plaza Mandiri 29th Floor, Jl. Jenderal Gatot Subroto No. 38, Jakarta 12710 - Indonesia. PO BOX 4217 JKTM
 Customer Care Centre : AXA CENTRE Ratu Plaza Office Building Lt. 9, Jl. Jenderal Sudirman No. 9 Jakarta 10270 - Indonesia

Telephone : (021) 2750 7399 Facsimile : (021) 7279 1979 Email : customer@axa-mandiri.co.id

www.axa-mandiri.co.id