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 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 / narkotika / 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 Ia meninggal ? Diagnosa gangguan kesehatannya yang terakhir sebelum Ia meninggal **Jika TIDAK,** Kapan Sejawat terakhir merawat Pasien ini sebelum Ia 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 Hypertensi, DM, Jantung, Paru-paru, Kejiwaan, Bawaan, Narkotika, HIV, lainnya ? 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 Financial Indonesia
AXA CENTRE Ratu Plaza Office Building Lt. 2, Jl. Jenderal Sudirman No. 9 Jakarta 10270 - Indonesia
Telephone : (021) 7278 3888 **Facsimile :** (021) 7279 1428, 726 7124 **Email :** services@axa-financial.co.id
www.axa-financial.co.id