



# 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.

<b>Data-data Pasien / Almarhum /-ah</b>	
Nama Pasien / Almarhum /-ah : _____	No. Pasien / Rekam Medis : _____
Tanggal lahir / Umur : _____ / _____ / _____ / atau _____ tahun,	Jenis kelamin : <input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita
Alamat Pasien : _____	
<b>Penyebab Meninggal</b> Keadaan yang menyebabkan meninggal Tempat meninggal Tanggal & jam meninggal	<input type="checkbox"/> Penyakit <input type="checkbox"/> Kecelakaan <input type="checkbox"/> Lainnya : _____ _____ _____ _____ (tanggal / bulan / tahun), Jam : _____
<b>Jika Meninggal karena Penyakit</b> Sebab utama meninggal Diagnosa penyakit Sejak kapan mulai diderita penyakit tersebut ?	_____ _____ _____ (tanggal / bulan / tahun)
<b>Jika Meninggal karena Kecelakaan</b> Mohon ceritakan kronologis kecelakaan secara singkat ? Apakah penyebab terjadinya kecelakaan disebabkan oleh pengaruh alkohol / narkotika / obat-obatan / lainnya ?	_____ _____ _____
<b>Jika Meninggal karena Penyebab Lain</b> Mohon jelaskan	_____
Apakah Sejawat hadir pada waktu meninggalnya ? <b>Jika YA,</b> Keluhan & gejala gangguan kesehatannya yang terakhir sebelum la meninggal ? Diagnosa gangguan kesehatannya yang terakhir sebelum la meninggal <b>Jika TIDAK,</b> Kapan Sejawat terakhir merawat Pasien ini sebelum la meninggal ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK _____ _____ _____ (tanggal / bulan / tahun)
<b>Riwayat Penyakit</b> 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>Hypertensi, DM, Jantung, Paru-paru, Kejiwaan, Bawaan, Narkotika, 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	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK _____ _____ _____ (tanggal / bulan / tahun) <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK Diagnosa: _____ Diderita sejak : _____ <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> 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 Life Indonesia

AXA CENTRE Ratu Plaza Office Building Lt. 2, Jl. Jenderal Sudirman No. 9 Jakarta 10270 - Indonesia  
Telephone : (021) 2750 7377 Facsimile : (021) 7279 3302 Email: customer@axa-life.co.id  
www.axa-life.co.id