



**SURAT KETERANGAN DOKTER KLAIM MENINGGAL DUNIA /  
ATTENDING PHYCISIAN'S STATEMENT FOR DEATH CLAIM  
Diisi oleh Dokter yang Merawat (Filled by Treating Doctor)**

**Catatan Penting (Note):**

1. Mohon untuk mengisi formulir dengan lengkap dan benar sesuai dengan fakta yang sebenarnya / *Please fill this form completely and correctly in accordance with the actual facts.*
2. Mohon untuk mengisi formulir dengan huruf cetak / *Please fill in the form in block letters*
3. Apabila kolom yang ada tidak mencukupi, mohon di tuliskan di lembar lainnya / *If the space is not enough, please written on other sheets.*
4. Setiap koreksi di dalam formulir ini wajib di paraf oleh Dokter yang merawat / *Any correction in this form must be initialed by the Treating Doctor.*
5. Terima kasih atas kesediaan Anda untuk melengkapi dan mencantumkan tanda tangan, tanggal dan stempel pada formulir Klaim ini / *Thank you for completing this medical Claim form with your signature, date and stamp on this form.*

<p><b>Data-data Pasien / Almarhum /-ah</b> <b>(patient's Data)</b></p> <p>Nama Pasien / Almarhum /-ah (Patient's name) : _____</p> <p>Tanggal lahir / Umur (Date Of Birth) / (Age) : ____/____/____/atau/or ____ tahun (yo)</p> <p>Alamat Pasien (patient address) : _____</p> <p>No.Pasien / Rekam Medis (Medical Record number) : _____</p> <p>Jenis Kela min (Sex) : <input type="checkbox"/> Pria/(Male) <input type="checkbox"/> Wanita (Female)</p>	
<p><b>Penyebab Meninggal Dunia</b> <b>(Cause of Death)</b></p> <p>Penyebab Meninggal (Cause of death) Tempat Meninggal Dunia (Place of death) Tanggal &amp; jam Meninggal Dunia (date &amp; time of Death)</p>	<p><input type="checkbox"/> Penyakit (Disease)      <input type="checkbox"/> Kecelakaan (Accident)      <input type="checkbox"/> Lainnya (others): _____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (tanggal/bulan/tahun),jam _____</p>
<p><b>Jika Meninggal karena Penyakit (If Died due to Disease)</b></p> <p>Sebab utama meninggal (Main cause of death) Diagnosa penyakit (Diagnose of Disease) Sejak kapan Diagnosa ditegakkan? (Since when was the diagnosis confirmed?)</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (tanggal/bulan/tahun) (dd/mm/yyyy)</p>
<p><b>Jika Meninggal karena Kecelakaan (If died due to an accident)</b></p> <p>Mohon ceritakan kronologis kecelakaan secara singkat? (Please explained chronology of the accident?) Apakah penyebab terjadinya kecelakaan disebabkan oleh pengaruh alkohol/narkotika/obat-obatan/lainnya? (Was the cause of the accident caused by the influence of alcohol/narcotics/drugs/others?)</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>Jika Meninggal karena Penyebab Lain (If Died from Other Causes)</b></p> <p>Mohon jelaskan sebab lain Meninggal Dunia (kindly explain another cause of Death)</p>	<p>_____</p>
<p>Apakah Sejawat hadir pada waktu meninggalnya? (Were You present at the time of death?)</p>	<p><input type="checkbox"/> YA (Yes)      <input type="checkbox"/> TIDAK (No)</p>



**Jika YA, (if Yes)**

Mohon jelaskan keluhan & gejala gangguan kesehatan yang terakhir sebelum Pasien meninggal?*(Kindly explain complaints & symptoms before Patient died?)*

Sejak kapan gejala tersebut muncul *(Since when did these symptoms appear?)*  
tgl/bln/thn (dd/mm/yyyy)

**Jika TIDAK, (if NO)**

Kapan Sejawat terakhir merawat Pasien ini sebelum Ia meninggal? *(When did You do last treat for this patient?)*

□□ □□ □□□□

(tanggal/bulan/tahun)

**Riwayat Penyakit (Disease History)**

Kapan pertama kali Pasien ini berkonsultasi dengan Sejawat? *(When was the patient had first consultation?)*

Mohon jelaskan keluhan & gejala penyakit/gangguan kesehatan-nya *(Kindly explain complaints and symptoms of disease)*

Apa diagnosa Sejawat atas riwayat penyakit/gangguan kesehatan-nya? *(What is Your diagnosis regarding Patient history of illness?)*

Apakah Pasien ini menderita/memiliki riwayat penyakit yang berhubungan dengan Hypertensi, DM, Jantung, Paru-paru, Kejiwaan, Kelainan Bawaan, Narkotika, HIV, kanker/keganasan lainnya?*(Does this patient have a history of diseases related to hypertension, diabetes mellitus, heart disease, lungs, mental health, congenital disorders, narcotics, HIV, cancer/other malignancies?)*

Apakah penyebab kematian Pasien ini berhubungan dengan riwayat penyakit di atas? *(Is the cause of this patient's death related to the history of the disease above?)*

Mohon sebutkan nama, alamat dokter/rumah sakit yang Sejawat ketahui pernah dikunjungi Pasien ini? *(Please state the name and address of another doctor/hospital that you know for this patient has visited)*

Riwayat Penyakit Dahulu (RPD) dan Sejak kapan Diagnosa ditegakkan(tgl/bln/thn)? *(Please describe Patient's Medical History (RPD) and Since when was the diagnosis confirmed (dd/mm/yyyy)?)*

Adakah Informasi lain yang menurut Dokter perlu disampaikan mengenai keadaan kesehatan Almarhum(ah)? *(Is there any other important information about Patient's health condition?)*

□□ □□ □□□□

(tanggal/bulan/tahun)

YA (Yes)

TIDAK (No)

Diagnosa (Diagnose): \_\_\_\_\_ Diderita Sejak (since when): \_\_\_\_\_

YA (Yes)

TIDAK (No)

Jika YA, Mohon penjelasannya *(If Yes, kindly explain the cause of Death):*

□□ □□ □□□□

Dengan ini Saya menyatakan bahwa Saya adalah Dokter yang merawat Pasien ini dan Saya memberikan keterangan dengan lengkap dan benar sesuai dengan pengetahuan yang Saya miliki dan sesuai dengan kondisi Pasien pada saat perawatan/ I Hereby declare that I am the Doctor who treats this Patient and I provide the correct information in accordance with the knowledge I have and in accordance with the Patient's condition at the time of Treatment



### G. PERNYATAAN DOKTER / MEDICAL PRACTICIONARE DECLARATION

Dengan ini Saya menyatakan bahwa Saya adalah Dokter yang merawat Pasien ini dan Saya memberikan keterangan dengan lengkap dan benar sesuai dengan pengetahuan yang Saya miliki dan sesuai dengan kondisi Pasien pada saat perawatan/ *I Hereby declare that I am the Doctor who treats this Patient and I provide the correct information in accordance with the knowledge I have and in accordance with the Patient's condition at the time of Treatment.*

Tanggal / Date:   /   /     (DD/MM/YYYY)

Tandatangan Dokter & Stempel Rumah Sakit / Klinik  
(Doctor's Signature and Hospital or Clinic's stamp:

Nama / Name: \_\_\_\_\_  
SIP (Licence Number): \_\_\_\_\_

PT AXA Financial Indonesia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

PT AXA Financial Indonesia

Customer Care Centre

AXA Tower Lt. 18

Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia

e-mail: customer@axa-financial.co.id

Link Live Chat: www.axa.co.id



Head Office

AXA Tower Lt. 17

Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia

Tel: +62 21 5093 6000



www.axa.co.id



AXA Indonesia



axaindonesia