



# 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 : _____ _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (tanggal / bulan / tahun), Jam : _____
<b>Jika Meninggal karena Penyakit</b> Sebab utama meninggal Diagnosa penyakit Sejak kapan mulai diderita penyakit tersebut ?	_____ _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (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 _____ _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (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 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