



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 : <input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita
Alamat Pasien : _____	
Penyebab Meninggal 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 : _____</input>
Jika Meninggal karena Penyakit 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)</input>
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 la meninggal ? Diagnosa gangguan kesehatannya yang terakhir sebelum la meninggal Jika TIDAK, 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)</input>
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>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 : _____ _____</input></input></input>
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

Customer Care Centre

AXA Tower Lt. GF

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

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



Head Office

AXA Tower Lt. 17

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

Tel: +62 21 3005 8000

www.axa.co.id AXA Indonesia axaindonesia