



**PT. AXA Mandiri Financial Services**

AXATower Lt. 9, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia

Tel: +62 21 3005 8888 | Fax: +62 21 3005 8500 | Website: www.axa-mandiri.co.id/life | Email: CorporateSolutions@axa-mandiri.co.id

## SURAT KETERANGAN DOKTER KLAIM MENINGGAL DUNIA

( Diisi oleh Dokter )

Kepada Yth. Dokter yang merawat

Kami mohon kesediaan Dokter untuk mengisi Surat Keterangan Dokter ini dengan benar, lengkap dan jelas, sesuai dengan data dan kondisi yang sebenarnya. Terima Kasih

**DATA PASIEN**

Nama Lengkap Pasien : ..... Jenis Kelamin : Pria / Wanita  
 Tgl. Lahir : □□-□□-□□□□ (tgl/bln/thn) No. Rekam Medis : .....  
 Alamat : .....

Penyebab Meninggal

Tempat Meninggal

Tanggal dan Jam Meninggal

Penyakit  Kecelakaan  Lainnya : .....

□□-□□-□□□□ (tgl/bln/thn) / jam □□ : □□

**Jika Meninggal Karena Penyakit**

Diagnosa Penyakit

Tanggal Perawatan / Konsultasi

□□-□□-□□□□ s/d

□□-□□-□□□□ (tgl/bln/thn)

Keluhan dan gejala gangguan kesehatan yang  
Dialami Pasien ?

**Riwayat Penyakit**

Apakah Pasien menderita / memiliki riwayat penyakit yang berhubungan dengan Hipertensi, Kencing manis, Jantung, Paru-paru, Kejiwaan, Bawaan, Narkotika, HIV, Lainnya ?

Ya  Tidak Jika Ya, Sebutkan : .....

Diagnosa : .....

Diderita Sejak : □□-□□-□□□□ (tgl/bln/thn)

Apakah penyebab kematian Pasien berhubungan dengan riwayat penyakit diatas

Ya  Tidak Jika Ya, Jelaskan : .....

Menurut Anamnesa, apakah Pasien sebelumnya pernah menderita penyakit lain yang berhubungan dengan kematiannya ?

Ya  Tidak Jika Ya, Mohon Jelaskan : .....

**Jika Meninggal Karena Kecelakaan**

Tanggal Kejadian

Tanggal Pemeriksaan

Jelaskan Kronologis Kejadian

□□-□□-□□□□ (tgl/bln/thn)

□□-□□-□□□□ (tgl/bln/thn)

Apakah penyebab kecelakaan disebabkan oleh pengaruh alkohol/narkotika/obat-obatan/lainnya ?



<p><b>Pemeriksaan Fisik</b> Apakah terjadi luka ?</p> <p>Pemeriksaan penunjang yang yang berhubungan dengan keadaan Pasien *) (Lab, Rontgen, USG, CT Scan, dll) Tindakan dan terapi medis yang dilakukan ?</p> <p><b><u>Jika Meninggal Karena Penyebab Lain</u></b> Mohon Jelaskan *)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ya    <input type="checkbox"/> Tidak    Jika Ya, Jelaskan ? .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---	---

Dengan ini Saya menyatakan bahwa Saya telah membaca, mengerti, dan menjawab pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan benar.

Nama Dokter : .....

Alamat Dokter / RS : .....

.....

.....

Spesialisasi : .....

No. Telpon / HP : .....

\_\_\_\_\_  
Tempat & Tanggal

\_\_\_\_\_  
Tanda Tangan dan Nama

\*) Gunakan lembar tambahan bila diperlukan