

**SURAT KETERANGAN DOKTER KLAIM MENINGGAL DUNIA – ASURANSI INDIVIDU**  
**DEATH CLAIM ATTENDING PHYSICIANS STATEMENT – INDIVIDUAL INSURANCE**

No. Rekam Medik / *Medical Record No.* : \_\_\_\_\_

Nama Pasien / *Name of patient* : \_\_\_\_\_

Jenis kelamin / *Sex* :  Laki-laki / *Male*  Perempuan / *Female*

Tempat Tgl. Lahir/Usia / *Place and Date of Birth /Age* : \_\_\_\_\_,       /   Tahun / *Year*

Alamat / *Address* : \_\_\_\_\_  
 Kode Pos / *Zip Code* : \_\_\_\_\_

Telepon / *Telephone* : Ktr / *Off*: \_\_\_\_\_ Rmh / *Res* : \_\_\_\_\_ HP / *Cellular* : \_\_\_\_\_

Telah Meninggal Dunia Pada / *Date of Death* : Hari / *Day* : \_\_\_\_\_,

Sebab Meninggal / *Cause of Date* :  Sakit / *Illness*  Kecelakaan / *Accident*  Lainnya / *Other* : \_\_\_\_\_

Tempat Meninggal / *Place of Date* :  Rumah Sakit / *Hospital*  Rumah / *Home*  Lainnya / *Other* : \_\_\_\_\_

<b>Jika Meninggal Karena Penyakit</b> <i>If Death Due to Disease</i>	<b>Penyebab /</b> <i>cause of</i>	<b>Lamanya Menderita sakit sampai meninggal /</b> <i>Duration of sickness until death</i>
Penyebab kematian (langsung) / <i>Cause of death</i>	: _____	: _____ Tahun _____ Bulan
Penyakit yang menyebabkan kematian / <i>The disease which caused the death</i>	: _____	: _____ Tahun _____ Bulan
Diagnosa diatas berhubungan dengan <i>The diagnose relates to</i>	: Obat terlarang / <i>Drug abuse</i>	<input type="checkbox"/> Ya / <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Tidak / <i>No</i>
	HIV / <i>AIDS</i>	<input type="checkbox"/> Ya / <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Tidak / <i>No</i>

**Riwayat penyakit /**  
*History of disease*

Kapan pertama kali pasien ini berkonsultasi dengan sejawat /  
*When this patient first consult with colleagues* : Hari / *Day* : \_\_\_\_\_,

Keluhan dan gejala penyakit / gangguan kesehatan-nya /  
*Complaints and symptoms of diseases / health problems* : \_\_\_\_\_

Diagnosa sejawat atas penyakit / gangguannya /  
*Diagnosis colleagues on diseases / health problems* : \_\_\_\_\_

Apakah pasien ini menderita / memiliki penyakit yang berhubungan  
**Hipertensi, DM, Jantung, Paru paru, Hati & pankreas, Lainnya?**  
*Does this patient have / have disease-related Hypertension, diabetes mellitus, Heart, Lung, Liver & pancreas, Other?* :  Ya / *Yes*  Tidak / *No*

Diagnosa / : \_\_\_\_\_ Diderita sejak \_\_\_\_\_  
*Diagnosis suffered from*

Apakah penyebab kematian pasien ini berhubungan dengan riwayat  
penyakit di atas? / *Is the cause of death in patients is related to the history of the disease over* :  Ya / *Yes*  Tidak / *No*

Jika Ya, Alasan \_\_\_\_\_  
*If Yes, Reason*

Mohon sebutkan nama, alamat dokter / rumah sakit yang sejawat  
Ketahui pernah dikunjungi pasien ini / *Please state your name, address of physician / hospital colleagues Know've visited this patient* : \_\_\_\_\_

Mohon diberikan keterangan jika bertanggung merupakan pasien rujukan dan, atau sejawat merujuk almarhum / almarhumah kepada dokter / rumah sakit / institusi lain / *please give us the name and address of doctors /specialists / hospitals previously visited by the deceased, or whom you referred the deceased to.*

Dr/ Rumah Sakit / <i>Docter / Hospital</i>	Alamat / <i>Address</i>	Rujukan dari / rujuk kepada / <i>Referred by / referred to</i>
_____	_____	_____

**Jika Meninggal Karena Kecelakaan /  
If Death Due to Accident**

Mohon ceritakan kronologis kecelakaan secara singkat / : \_\_\_\_\_  
*Please tell us briefly the chronological accident*  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Apakah penyebab terjadinya kecelakaan disebabkan oleh : \_\_\_\_\_  
Pengaruh alkohol / narkotika / obat-obatan / lainya / \_\_\_\_\_  
*What are the causes of accidents are caused by*  
\_\_\_\_\_

*Influence of alcohol / drugs / medicines / other*

Saya, sebagai dokter yang merawat pasien tersebut diatas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan benar. / *I, as a doctor who treat the patient, certify that I have read and answered the above questions completely and correctly.*

Nama dokter / *Name of doctor* : \_\_\_\_\_

Nama rumah sakit / *Name of hospital* : \_\_\_\_\_

Alamat rumah sakit / *Address of hospital* : \_\_\_\_\_

Tempat dan tanggal / *Place and date* :         
Tanggal (dd) Bulan (mm) Tahun (yyyy)

**Tandatangan dan nama dokter**  
*Signature and name of doctor*

**cap rumah sakit**  
*Stamp of hospital*