


Kepada
Yth. TS. Dr. _____

TS yang terhormat,
Untuk melengkapi data Klaim Asuransi Jiwa mohon kiranya TS mengisi formulir yang kami sertakan dibawah ini. Selanjutnya mohon disampaikan kepada kami melalui keluarga pasien yang bersangkutan.
Terima Kasih atas kerjasamanya.

Wassalam TS,



dr. Hendrikus Dharmawan

SURAT KETERANGAN DOKTER

1. Nama lengkap Almarhum :
 Alamat Almarhum :
 Tanggal meninggal :

2. Penyebab kematian :
 a. Penyakit/keadaan yang langsung menyebabkan kematian (kecelakaan/komplikasi)

 c. Keadaan lain

Lama sakit sampai
meninggal

3. Kunjungan pertama dan terakhir yang berkaitan dengan penyakitnya

 Kapan TS mengetahui almarhum meninggal

4. Apakah ada kaitannya dengan bunuh diri/narkoba? ☐ Ya ☐ Tidak
 Bila "Ya" mohon penjelasan TS

5. Apakah dilakukan pemeriksaan jenazah? ☐ Ya ☐ Tidak
 Apakah dilakukan otopsi? ☐ Ya ☐ Tidak
 Hasil yang didapat

6. Pernahkah TS mengobati Almarhum dalam 5 (lima) tahun terakhir ini? ☐ Ya ☐ Tidak
 Apakah TS mengetahui bahwa Almarhum dalam 5 (lima) tahun terakhir ini
 mendapatkan pengobatan dari dokter lain/rumah sakit? ☐ Ya ☐ Tidak
 Bila "Ya" mohon penjelasan TS

_____, _____, _____
Ttd

(dr.)