

Surat Keterangan Dokter - Klaim Individu untuk Manfaat Meninggal

(Diisi oleh dokter yang merawat)



Kepada Yth,
Dokter yang Merawat/Mengobati

Mohon kesediaannya untuk mengisi Surat Keterangan Dokter ini dengan sebenar-benarnya dengan data yang ada dan diketahui.

Informasi Tertanggung

Nama Pasien : P/W No. Rekam Medis/Pasien :
Tanggal Lahir : [] [] - [] [] - [] [] [] [] , Umur: y.o Alamat Pasien :

Informasi Penyebab Meninggal

Tanggal dan Waktu Meninggal [] [] - [] [] - [] [] [] [] Pukul :

Tempat Meninggal

Jika meninggal dirumah, mohon jelaskan kronologisnya :

Penyebab Meninggal Kecelakaan Penyakit Lainnya, mohon jelaskan

Diagnosa

Jika karena penyakit

Sejak kapan pasien mengalami gejala penyakit sebelum konsultasi pertama [] [] - [] [] - [] [] [] [] , atau sejak :

Dokter yang pernah merawat Rumah sakit:

Hasil Pemeriksaan Penunjang (Laboratory, Radiology, MRI, CT scan, Angiography, Pathology Anatomy, USG, .etc)

Jenis Operasi (jika ada pembedahan) Tidak Ya, Sebutkan tindakan operasi:

Jika berhubungan dengan kecelakaan

Kronologis kecelakaan :

Apakah penyebab kecelakaan berhubungan dengan atau disebabkan oleh :

Alkohol Tidak Ya, mohon jelaskan :

Narkotika/Penyalahgunaan Obat-obatan Lainnya: Tidak Ya, mohon jelaskan :

Riwayat penyakit terdahulu

Apakah Pasien ini menderita/memiliki riwayat penyakit yang berhubungan dengan Hipertensi, DM, Jantung, Paru-paru, Kejiwaan, Bawaan, Narkotika, HIV dan Lainnya Tidak Ya, Mohon Jelaskan :

Diagnosa : Diderita sejak [] [] - [] [] - [] [] [] []

Dokter yang merawat : Rumah Sakit :

Apakah penyebab kematian Pasien berhubungan dengan penyakit diatas ? Tidak Ya, mohon jelaskan

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca dan menjawab pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan benar.

Nama Dokter : Spesialisasi:

Alamat Dokter :

No. Telepon/HP :

Tanggal [] [] - [] [] - [] [] [] []

(Tanda Tangan Dokter & Cap Rumah Sakit)

PT FWD Insurance Indonesia

Pacific Century Place, Lantai 20 SCBD Lot 10,
Jl. Jend. Sudirman Kav. 52-53, Jakarta Selatan 12190, Indonesia
P 1 500 525 M (+62) 8551500525 E CustomerCare.id@fwd.com

Bebaskan langkah
fwd.co.id



PT FWD Insurance Indonesia terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK)