

SURAT KETERANGAN DOKTER PEMERIKSA UNTUK KLAIM MENINGGAL

No. Polis :

Nama Tertanggung yang meninggal :

Tanggal lahir :

Jenis kelamin : Laki-laki Perempuan

Status Tertanggung dalam Polis : Pemegang Polis Tertanggung Tambahan Pembayar Premi

Tempat dan tanggal Tertanggung meninggal dunia :

Apakah kematian Tertanggung berhubungan dengan?

Obat terlarang HIV/AIDS Bunuh Diri
 Minuman beralkohol Penyakit Kecelakaan

Penyebab utama atau dugaan kematian Tertanggung

.....

Bila Tertanggung meninggal karena penyakit, mohon jelaskan:

Penyakit yang mendasari:

.....

a. Diderita sejak: / / (tanggal/bulan/tahun)

b. Diagnosa atau dugaan diagnosa:

.....

c. Terapi/Tindakan:

.....

d. Riwayat penyakit dahulu:

.....

e. Riwayat penyakit sekarang:

.....

f. Nama dan alamat Dokter asal rujukan:

.....

g. Apakah Tertanggung pernah dirawat sebelumnya? Mohon informasi nama dokter dan alamat Rumah Sakitnya.

.....

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

.....
 Tempat dan Tanggal, Nama Dokter, tanda tangan,
 cap/stempel Dokter dan atau cap/stempel Rumah Sakit