

## FORMULIR KLAIM MENINGGAL DUNIA

Diisi oleh Dokter yang merawat

Mohon mengisi dengan lengkap dengan menggunakan tinta hitam, huruf cetak, jelas dan memberikan tanda X pada kotak jawaban yang sesuai

RAHASIA/CONFIDENTIAL

### DATA PASIEN

Nomor Polis :

Nama Lengkap Tertanggung :

Tempat/ Tanggal Lahir :  Tanggal:  Bulan:  Tahun:

Jenis kelamin :  Laki-laki  Perempuan

Telah meninggal dunia pada : Tanggal:  Bulan:  Tahun:

Tempat meninggal dunia :  Rumah Sakit  Rumah  Lainnya \_\_\_\_\_

Nama dan alamat tempat meninggal : \_\_\_\_\_

Sebab Meninggal :  Penyakit  Kecelakaan  Lainnya \_\_\_\_\_

### Jika Meninggal Karena Penyakit

Apakah Tertanggung meninggal dunia secara mendadak?  Ya  Tidak

Jika Ya, tuliskan kronologis kejadiannya

Jika kolom tidak cukup, dapat ditambahkan dikertas tersendiri

Jika Tidak, Jawablah Pertanyaan 1 dan 2

1. Kapan Tertanggung merasakan keluhan atau menunjukkan gejala dari penyakit terakhir yang dideritanya ?

2. Kapan pertama kali Tertanggung diperiksa ke dokter untuk penyakit terakhirnya?

3. Mohon sebutkan pengobatan yang diberikan?

4. Sebutkan penyakit-penyakit lain yang pernah diderita, termasuk sejak kapan diderita dan tempat konsultasi/ tempat perawatannya?

Nama& alamat dokter/rumah sakit	Jenis penyakit	Diderita sejak (tgl/bln/th)

### Jika Meninggal Karena Kecelakaan

Tempat dan tanggal terjadinya kecelakaan

Tempat : \_\_\_\_\_

Tanggal :   -   -

Jabarkan secara lengkap bagaimana kecelakaan terjadi ?

### PERNYATAAN DOKTER

Saya sebagai dokter yang merawat/menangani pasien tersebut diatas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan sebenar-benarnya.

Ditandatangani di :

Tanggal :   -   -

Dokter yang merawat,

\_\_\_\_\_  
 (Tanda Tangan Dokter dan Cap Rumah Sakit)