

# 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