



FORMULIR KLAIM SURAT KETERANGAN DOKTER
PT AJS AMANAHJIWA GIRI ARTHA
MENINGGAL DUNIA KARENA KECELAKAAN

AGAFRM_KLAIM_002.V1

RAHASIA

Pasien/Pihak Yg Diasuransikan

Tanggal Lahir

Nomor Registrasi

Dokter yang terhormat,

Nama Tersebut di atas adalah Pihak Yang Diasuransikan (selanjutnya disebut Almarhum / Almarhumah) pada PT AJS Amanahjiwa Giri Artha. Kami telah menerima pengajuan Klaim Meninggal, agar kami dapat menilai keabsahan klaim tersebut, kami sangat mengharapkan kerjasama Dokter untuk melengkapi formulir ini.

Terima kasih atas kerjasamanya.

1 Tanggal dan tempat terjadinya kecelakaan

2 Jika Almarhum/Almarhumah datang dalam keadaan meninggal pada saat Dokter memeriksa, mohon diberikan keterangan sebab meninggalnya dari pengamatan Visum et Repertum yang Dokter lakukan. Mohon dijelaskan pula lokasi dan jenis lukanya (misalnya karena benda tajam, tumpul, dll).

(bila kolom ini tidak mencukupi, dapat menggunakan lembar lain)

3 Jika pada saat Dokter melakukan pemeriksaan Almarhum /Almarhumah belum meninggal, mohon dijelaskan :

a. Keadaan umum pada saat itu (Uraikan seluruh hasil pemeriksaan Vital Sign dan pemeriksaan fisik)

b. Diagnosa yang ditemukan?

c. Apakah penyebab kematiannya?

Penyakit

Kecelakaan

4 Mohon melampirkan dan dijelaskan hasil pemeriksaan kesehatan tambahan lain (seperti X-ray, EKG dll) yang telah dilakukan beserta kesimpulan Dokter.

Jenis Pemeriksaan	Kesimpulan

5 Dari Pengamatan Dokter, adakah sebab lain yang menyebabkan kecelakaan itu terjadi? Jika ada, mohon diuraikan hasil pengamatan Dokter tersebut.

6 Mohon diberikan keterangan jika Almarhum/ah merupakan pasien rujukan dan, atau Dokter merujuk Almarhum/ah kepada dokter/rumah sakit/institusi lain.

a. Almarhum/ah merupakan rujukan dari :

Dokter/Rumah Sakit	Alamat

b. Almarhum/ah saya rujuk kepada :

Dokter/Rumah Sakit	Alamat

7 Jika ada, mohon diberikan informasi lainnya yang menurut Dokter dapat membantu Bagian Klaim kami untuk memproses klaim ini.

Saya dengan ini menyatakan bahwa semua keterangan tersebut di atas adalah benar sejauh pengetahuan yang saya miliki dan yakini

Nama Dokter

Tanggal / - / - - -

Tanda tangan

Alamat dan Stempel Rumah Sakit