



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

AGAFRM_KLAIM_004.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 Di mana Almarhum/ah menjadi pasien Dokter? (misalnya : praktek pribadi, klinik, rumah sakit, dll. Sebutkan pula Alamatnya)

2 Mohon tuliskan tanggal-tanggal konsultasi Almarhum/ah dengan Dokter?

3 Untuk penyakit apa Dokter merawat Almarhum/ah pada konsultasi yang pertama? Mohon dijelaskan pula ANAMNESA Dokter pada saat itu.

4 Tempat dan tanggal meninggal.

5 Apakah Dokter hadir pada saat kematian? Jika ya, apa penyebab utama kematian dan sejak kapan kondisi yang menyebabkan kematian tersebut diderita Almarhum/ah?

a. Mohon dijelaskan secara rinci diagnosa Dokter atas penyakit tersebut sebelum kematian dan tanggal diagnosis tersebut ditegakkan

Diagnosis	Tanggal
<input type="text"/>	<input type="text"/>

b. Mohon dilampirkan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan beserta kesimpulan Dokter.

Jenis Pemeriksaan	Kesimpulan
<input type="text"/>	<input type="text"/>

6 Jika Dokter tidak hadir pada saat kematian, kapan dan untuk penyakit apa Dokter merawat Almarhum/ah untuk terakhir kalinya?

--

a. Mohon dijelaskan secara rinci diagnosa Dokter atas penyakit tersebut.

--

b. Mohon dilampirkan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan beserta kesimpulan Dokter.

Jenis Pemeriksaan	Kesimpulan

7 Menurut pengamatan Dokter, apakah kematian ini juga disebabkan dipercepat atau merupakan komplikasi dari penyakit lain? Jika ya, mohon dijelaskan jenis penyakit apa saja dan sudah sejak kapan diderita Almarhum/ah.

--

8 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

9 Berapa lama Almarhu/ah dirawat di rumah sakit ? Mohon jelaskan periode-periodenya.

--

10 Apakah ada hal lain yang mempengaruhi sebab kematian Almarhum/ah, yang berasal dari kebiasaan (narkotik, alkohol, dll), sejarah keluarga atau pekerjaan?

--

11 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

Alamat dan Stempel Rumah Sakit

Tanggal - -

Tanda tangan