

## FORMULIR KLAIM MENINGGAL DUNIA (Dilengkapi oleh Dokter)

(Semua pertanyaan harap dijawab dengan lengkap dan benar, dan beri tanda ✓ pada pilihan yang sesuai)  
(Penulisan tanggal selalu menggunakan format Tanggal-Bulan-Tahun)

**1** Nama Tertanggung (Pasien):

Jenis Kelamin Tertanggung:  Laki-laki  Perempuan

Tanggal Lahir /Usia Tertanggung:  -  -  /  Tahun

**2** Tempat Pasien Meninggal Dunia:  Tanggal:  -  -

**3** Penyebab Meninggal Dunia:  
(Mohon mengisi kolom 3.i jika Meninggal Dunia karena sakit, atau kolom 3.ii jika Meninggal Dunia karena kecelakaan)

3.i  **Meninggal Dunia karena Sakit**

- a Diagnosa:
- b Lama Pasien Menderita Sakit:
- c Tanggal Pertama Kali Pasien Menderita Penyakit Tersebut:  -  -
- d Tanggal Pertama Kali Pasien Diperiksa Untuk Penyakit Tersebut:  -  -
- e Tanggal Terakhir Kali Pasien Diperiksa Untuk Penyakit Tersebut:  -  -
- f Apakah Anda adalah Dokter yang merawat Pasien selama menderita penyakit terakhir?  Ya  Tidak
- g Apakah Anda ada pada saat kematian terjadi?  Ya  Tidak
- h Apakah Anda pernah merawat /mengobati Pasien untuk Penyakit lain?  Ya  Tidak

Bila "Ya", mohon disampaikan nama Penyakit serta tanggal perawatan/pengobatan

Nama Penyakit	Tanggal Perawatan
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

Bila "Ya", mohon dijelaskan Dokter yang memeriksa dan diagnonsanya?

Nama Dokter	Diagnosa
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

- i Menurut pengamatan Dokter, apakah kematian ini juga disebabkan atau dipercepat atau merupakan komplikasi dari penyakit lain? Jika "Ya", mohon diisi tabel berikut:  Ya  Tidak

Nama Penyakit	Diderita Sejak
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

3.ii  **Meninggal Dunia karena Kecelakaan**

- a Tanggal terjadinya Kecelakaan:  -  -
- b Jenis Kecelakaan:  Lalu Lintas  Kerja  Lainnya, sebutkan:
- c Dari pengamatan Dokter, adakah sebab lain yang menyebabkan Kecelakaan terjadi?  Ya  Tidak  
Jika "Ya", mohon dijelaskan:
- d Apakah Anda ada pada saat Kematian terjadi?  Ya  Tidak

4 Jika Pasien datang dalam keadaan Meninggal Dunia (*death on arrival*) pada saat Dokter memeriksanya, mohon diberikan keterangan sebab meninggalnya dari pengamatan atau *visum et repertum* yang Dokter lakukan. Mohon dijelaskan juga lokasi dan kondisinya.

  

5 Mohon informasi lainnya yang menurut Dokter dapat membantu bagian klaim untuk memproses klaim ini (jika ada).

  

**Deklarasi dan Otorisasi Dokter**

Dengan ini Saya menyatakan bahwa keterangan di atas adalah yang sebenar-benarnya dan selengkap-lengkapny menurut sepengetahuan Saya dan catatan medis Pasien.

Ditandatangani di:

Tanggal:  -  -

Data Dokter dan RS (Tempat Perawatan)

Nama Dokter:

No Telp /HP:

Ahli /Kualifikasi:

Nama Rumah Sakit:

Alamat Rumah Sakit:

Tanda Tangan  
(sesuai KTP)

Stempel  
Rumah Sakit