

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 style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 40px;" type="text"/> |
| <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 40px;" type="text"/> |
| <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 40px;" type="text"/> |

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

| Nama Dokter | Diagnosa |
|---|---|
| <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> |
| <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> |
| <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 100%; height: 20px;" 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 style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> |
| <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> |
| <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 100%; height: 20px;" 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