

Mohon diperhatikan bahwa apabila fakta yang dituliskan tidak lengkap dan benar, maka pertanggung jawaban asuransi ini dapat dinyatakan batal.

Nama Dokter: _____ Dokter Umum Dokter Spesialis

Alamat Praktek/Klinik/Rumah Sakit: _____

Menerangkan Bahwa:

Nama Pasien Meninggal:	Tempat dan Tanggal Meninggal:
Tanggal Lahir:	Nomor Rekam Medis:
Jenis Kelamin: <input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan	Hubungan dengan Pasien/Tertanggung/Pemegang Polis:
Alamat:	<input type="checkbox"/> Sendiri <input type="checkbox"/> Suami/Istri <input type="checkbox"/> Anak

Apakah Pasien sempat dirawat sebelum meninggal? Ya, dirawat sejak tanggal : __/__/__ (dd/mm/yy) Tidak

Diagnosis:

Sebab utama meninggal / *cause of death*:

Diakibatkan secara langsung oleh Cedera Tubuh akibat Kecelakaan, mohon jelaskan secara terperinci bila ada kelainan/cedera tubuh yang ditemukan:

Penyakit, mohon jelaskan gejala klinis dan komplikasi yang ditemukan:

Apakah penyakit saat ini berhubungan dengan:

Penyakit Bawaan atau kelainan sejak lahir.

Kehamilan, Kelahiran, atau Keguguran dan komplikasi yang terjadi sebagai akibatnya.

Penyalahgunaan Alkohol atau Penggunaan obat-obat terlarang.

Berhubungan dengan HIV/AIDS.

Bunuh diri.

Tindakan melawan hukum/dihukum mati.

Penyebab/penyakit lainnya, sebutkan:

Kapan pertama kali TS melakukan pemeriksaan medis pada Pasien?

Bagaimana perkembangan penyakit selama dirawat sampai Pasien meninggal?

Apakah Pasien menderita penyakit lainnya selama dalam perawatan? Tidak Ya, mohon disebutkan :

Hasil pemeriksaan penunjang yang dilakukan:

Riwayat penyakit/diagnosis dan kunjungan berobat sebelumnya:

Nama Dokter/Rumah Sakit	Alamat	Tanggal Berobat	Diagnosis

Apakah kondisi saat ini merupakan kelanjutan/komplikasi/berhubungan dengan penyakit yang pernah diderita sebelumnya?

Tidak Ya, mohon disebutkan :

Demikian semua keterangan yang Saya buat dalam Formulir Keterangan Dokter ini adalah benar, sesuai dengan yang Saya ketahui berdasarkan Catatan Rekam Medis Pasien dan menghormati Sumpah Profesi.

Note: Jawaban TS harap disampaikan secara rahasia dengan menggunakan sampul tertutup, dan dialamatkan kepada PT Chubb Life Insurance Indonesia.

Ditandatangani di _____, tanggal ____, bulan _____ 20__

Tanda Tangan dan Nama Jelas