PT. Asuransi Allianz Life Indonesia

To :
Medical Adviser
PT. Asuransi Allianz Life Indonesia

SURAT KETERANGAN DOKTER TENTANG PENYEBAB KEMATIAN
DEATH CAUSE STATEMENT BY A DOCTOR

Saya menerangkan bahwa
I herewith state that :

1 Nama Pasien / Name of Patient : _____
2. Tanggal lahir / umur / Date of Birth/Age : _____
3. Jenis Kelamin / Sex : a Laki laki / Male b Wanita / Female
4. Alamat Pasien / Address of Patient : _____
_____
_____
_____
_____ Kota / City : _____
5. Pekerjaan / Occupation : _____

6. Tanggal Meninggal / Date of Death : _____
7. Tempat Meninggal / Place of Death : ☐ rumah / home ☐ rumah s / hospital
8. a. Alamat rumah sakit / Address of Hospital : _____
_____
_____
_____
_____ Kota / City : _____
b. No. registrasi pasien / Register Number : _____

MENINGGAL DUNIA / DEATH	**PENYEBAB / CAUSE OF**	**LAMANYA MENDERITA SAKIT SAMPAI MENINGGAL DUNIA / DURATION OF SICKNESS UNTIL DEAT**
a Penyebab kematian (langsung) / Cause of death	a. _____	_____
b. Penyakit yang menyebabkan kematian (penyebab pokok kematian) / The disease which caused the death (the main cause of death)	b. _____	_____

KETERANGAN KHUSUS UNTUK / SPECIAL INFORMATION FOR :

a. Penyebab kematian yang tidak alamiah / Cause of Unnatural Death
b. Bagaimana terjadinya kematian yang tidak alamiah. / The way of happening of the unnatural death

KEMATIAN TIDAK SECARA ALAMIAH / UNNATURAL DEATH

a. Bunuh diri / Pembunuhan / Kecelakaan *) / Suicide / Murder / Accidental *)
b. .....

*) Coret yang tidak perlu / Cross the unnecessary

Kota / City
Tanggal / Date _____

Nama: / Name: _____
Jabatan: / Occupation:

Dokter / Doctor + Stempel Dokter atau Rumah Sakit / + Stamp of Doctor or Hospital