



**"FORMULIR KETERANGAN KRONOLOGIS KEMATIAN"**  
**DEATH CHRONOLOGICAL INFORMATION FORM**

Nama yang Meninggal Dunia / *Participant name* : \_\_\_\_\_  
 Tempat Meninggal / *Place of Death* : \_\_\_\_\_  
 Tanggal Meninggal / *Date of Death* : \_\_\_\_\_  
 Nama pemberi keterangan / *Informant name* : \_\_\_\_\_  
 Hubungan dengan Almarhum / *Relationship with the Participant* : \_\_\_\_\_  
 Nomor Telepon / *Phone number (Mobile number)* : \_\_\_\_\_

- =====
1. Apakah dalam 5 (lima) tahun terakhir (alm) pernah dirawat?  
*Has the insured been treated in the last 5 (five) years?* : \_\_\_\_\_
  2. Sejak kapan dan dirawat mana ?  
*Since when and where was it treated?* : \_\_\_\_\_
  3. Sebutkan penyakit apa yang pernah di derita (alm) ?  
*What disease did Insured suffer from?* : \_\_\_\_\_
  4. Menurut Ahli Waris, apa penyebab meninggalnya (alm) ?  
*According to Beneficiary, what is the cause of death?* : \_\_\_\_\_

Jelaskan kronologis kematian (alm) / *Please explained regarding to chronological cause of death the Participant :*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Demikian keterangan ini Saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila unsur kekeliruan, ketidak-benaran dan/atau menyembunyian fakta, maka PT PFI Mega Life Insurance dibebaskan dari kewajiban untuk membayar klaim manfaat asuransi jiwa dan dari tuntutan hukum.  
*I hereby declared that this statement is true and if there are elements of error, untruth and/or concealment of facts, then PT PFI Mega Life Insurance will be released from the obligation to pay claims for life insurance benefits and also from lawsuits.*

**Saksi-saksi / Witnesses:**

..... / ..... / ..... / 20....

(.....)

(.....)

(.....)

**Form-Clm-05-18-07-2018**



**SURAT KETERANGAN DOKTER / Medical Resume**

Nama Pasien/Patient Name :

Tanggal lahir/Date of Birth :

1. Apakah Anda Dokter yang biasa merawat almarhum/-ah ? Ya/Yes  Tidak/No   
*Are you the doctor who used to treat the patient?*
2. Jika "Ya" sudah berapa lama ? .....  
*If yes, how long*
3. Apakah Anda merawat almarhum/-ah selama penyakitnya yang terakhir ini ? Jika "Ya", apakah keluhannya  
*Did you take care of the patient during their last illness? If "yes", what were the symptoms or complaints*  
.....
4. Menurut pengakuan almarhum/-ah sejak kapan almarhum/-ah mulai menderita penyakit tersebut ?  
*According to the confession of the patient, since when did the patient begin to suffer from this disease?*  
.....
5. Pada Tanggal berapakah Almarhum mengkonsultasikan penyakitnya untuk pertama kali ? (tgl/bln/thn).....  
*What date did the patient consult their illness for the first time? (date/month/year)*
  - a. Keluhan apa yang dirasakan saat itu / *What were symptoms or complaints at that time :*  
.....
  - b. Sebutkan pemeriksaan penunjang yang sudah dilakukan / *What was the supporting examinations that had been done :*  
.....
  - c. Apakah diagnose yang ditegakkan pada pasien ini? / *What is the Primary Diagnose :*  
.....
  - d. Riwayat Penyakit Sekarang (RPS) dan sejak kapan gejala tersebut timbul (tgl/bln/thn) / *History of Current Disease and since when these symptoms appear (date/month/year)*  
.....  
Riwayat Penyakit Dahulu (RPD) dan sejak kapan didiagnosis (tgl/bln/thn) / *History of Previously Disease and since when these symptoms appear (date/month/year)*  
.....
6. Apakah Anda hadir pada meninggalnya ? Jika tidak, pada tanggal berapa Anda terakhir merawat almarhum/-ah ?.....  
*Did you present at their death? If not, what was the date that you last care for the patient?*  
Jika anda hadir pada meninggalnya alm(h) mohon penjelasan / *If you were present at the death of the patient, please explain more*
  - a. Tempat Meninggal / *Place of death* .....
  - b. Tanggal Meninggal (tgl/bln/thn) / *Date of Death (date/month/year)* .....
  - c. Sebab meninggal / *Cause of Death* .....
  - d. Penyakit yang mendasari dan sejak kapan (tgl/bln/thn) / *Ex-cause of disease and since when (date/month/year)*  
.....
7. Apakah Anda pernah merawat almarhum/-ah untuk penyakit lain ? Jika benar, apa keluhannya ?  
*Did you treat the patient for other illnesses? If yes, what's the symptoms or complaint?*  
.....
8. Penyakit utama lain manakah yang diderita almarhum/-ah dan berapa lamanya ? .....  
*What any other major illnesses did the patient have? and for how long?*
9. Apakah ada pengaruh lain dari sebab – sebab kematian almarhum/-ah karena kebiasaan – kebiasanya (menggunakan alcohol, obat bius, dsb)  
*Were there any other influences because of their behavior (using alcohol, drugs, etc.)*  
.....
10. Berikan Keterangan tambahan lainnya yang Anda rasa ada hubungannya .....  
*Please provide other additional information that you feel will related to cause of death*

**PERNYATAAN DOKTER / Doctor's Statement**

Saya dengan ini menyatakan bahwa semua jawaban di atas adalah benar dan lengkap menurut pengetahuan dan keyakinan Saya  
*I declare that all of the answers above are correct and complete to the best of my knowledge and believe*

Tanggal / Date : .....

Alamat / Address : .....

**Tanda Tangan dokter dan cap Rumah Sakit / Doctor's signature and hospital stamp**

**Form-Clm-03-18-07-2018**

( ..... )

**Formulir Pertanyaan Tambahan Kesehatan**

**Additional Health Inquiry Form**

Dilengkapi oleh Dokter yang menangani atau merawat pasien

*To be filled in by the treating doctor*

Mohon diisi dengan huruf cetak dan Pilih dengan memberi tanda

**Nama Pasien / Patient Name** : \_\_\_\_\_  
**Tanggal Lahir / Date of Birth** : \_\_\_\_\_ **No. Rekam Medis/Medical Record number** : .....

1 Kapan Pertama kali pasien datang (tgl/bln/thn) /  
*When did the patient first time come (date/month/year)*  
 Apa diagnosanya, mohon dijelaskan:  
*What is the diagnosis, please explain more*

2 a. Apa keluhan utama pasien (anamnesa)?  
*What is the main patient's symptoms or complaints (anamnesis)?* Dan sejak kapan timbul ? (tgl/bln/th)  
*And since when did it occur? (date/month/year)*

b. Ada keluhan tambahan ? / *Any additional symptoms or complaints*  
 3 Diagnosa apa yang ditegakkan pada pasien ini pada penyakitnya yang terakhir ?  
*What was the primary diagnosis made during their last illness?* Dan sejak kapan timbul ? (tgl/bln/th)  
*And since when did it occur? (date/month/year)*

4 Apakah penyakit yang mendasari diagnosa tersebut ?  
*What was the underlying disease for the diagnosis?* Dan sejak kapan timbul ? (tgl/bln/th)  
*And since when did it occur? (date/month/year)*

5 Hasil pemeriksaan penunjang apa yang digunakan untuk mendukung diagnosa tersebut ? Mohon penjelasannya:  
*What investigation results were used to support the diagnosis? please to explanation more*

6 Adakah dokter lain yang merawat pasien ini selain dokter?  Ya  Tidak  
*Is there any other doctor treating this patient? Yes / No*  
 Bila Ya Sebutkan Nama dokter lain dan alamat praktek yang juga pernah merawat pasien  
*If Yes, please state the names of other doctors and addresses of practices that have treated patients*

7 Sebutkan Riwayat Penyakit Dahulu (RPD)  
*History of Previously Disease* Sejak kapan gejala tersebut timbul ? (tgl/bln/th)  
*since when these symptoms appear (date/month/year)*

8 Apakah sebelumnya pasien pernah menjalani Rawat Jalan ?  Ya  Tidak; Jika Ya mohon sebut dan jelaskan  
*Has the patient previously undergone outpatient treatment? If Yes, Please explain more*  
 Date/Month/Year  -  -  Diagnosis \_\_\_\_\_  
 Date/Month/Year  -  -  Diagnosis \_\_\_\_\_  
 Date/Month/Year  -  -  Diagnosis \_\_\_\_\_

9 Apakah sebelumnya pasien pernah menjalani Rawat Inap ?  Ya  Tidak; Jika Ya mohon sebut dan jelaskan  
*Has the patient previously undergone inpatient treatment? If Yes, Please explain more*  
 Date/Month/Year  -  -  Diagnosis \_\_\_\_\_  
 Date/Month/Year  -  -  Diagnosis \_\_\_\_\_  
 Date/Month/Year  -  -  Diagnosis \_\_\_\_\_

10 Apakah pasien mempunyai riwayat penyakit seperti berikut /  
*Did the patient have history of the following diseases?*

No	History of diseases	Since when (date/month/year)
1	Heart disease	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	Stroke	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5	Hypertension	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6	Chronic Lung Disease	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7	Liver	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8	Cancer/Tumors	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9	Kidney	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10	Hepatitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11	Asthma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12	Other disease of systemic	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

11. Are there any other symptoms of systemic disease that the patient has experienced?

12. Is there any other information that the Doctor would like to explain?

**PERNYATAAN DOKTER / Doctor's Statement**

*I declare that all of the answers above are correct and complete to the best of my knowledge and believe.*

Date : .....

**Doctor's signature & Name**

( ..... )