

SURAT KETERANGAN KEMATIAN (*DEATH CERTIFICATE*)

Nama Tertanggung (*Name of the Insured*) :

Alamat Domisili (*Residential Address*) :

Jenis Kelamin (*Sex*) :

Tanggal Lahir (*Date of Birth*) :

1.	Tempat Meninggal Dunia (<i>Place of death</i>)	
2.	Tanggal dan Waktu Meninggal Dunia (<i>Date and time of death</i>)	
3.	Penyebab Kematian (<i>Causes of death</i>)	
	a. Penyakit Utama (Diagnosis Akhir) - <i>Primary Disease (final diagnosis)</i>	
	b. Penyebab Utama Kematian (<i>Major Cause of Death</i>)	
4.	Kapan pertama kali Tertanggung menjalani pemeriksaan medis kepada Anda sehubungan dengan penyakit atau kecelakaan yang mengakibatkan meninggal dunia? (<i>When was the first time the Insured visited you for a check-up, related to the illness or accident-causing death?</i>)	
5.	Apa diagnosis Anda pada saat tersebut? (<i>What was your diagnosis at that time?</i>)	

6.	Apakah kematian disebabkan oleh: <i>(Was the death caused by:)</i>		
	a.	Penyakit <i>(An illness)</i>	
	b.	Kecelakaan <i>(An accident)</i>	
	c.	Dampak / Akibat dari Kecelakaan <i>(Impact / Consequences of an Accident)</i>	
	d.	Apakah kecelakaan tersebut terjadi akibat pengaruh alkohol atau obat-obatan terlarang? <i>(Did the accident occur as a result of the influence of alcohol or illegal drugs?)</i>	
	e.	Bunuh Diri <i>(Suicide)</i>	
7.	Berikan uraian singkat mengenai setiap penyakit, kecelakaan, atau tindakan bunuh diri. <i>(Please provide a brief description of each illness, accident, or act of suicide).</i>		
8.	Apakah dilakukan otopsi? Jika ya, mohon jelaskan. <i>(Was an autopsy performed? If yes, please explain).</i>		
9.	Kapan pertama kali Anda mengetahui gejala penyakit Tertanggung? <i>(When did you first identify the symptoms of the Insured's illness?)</i>		
10.	Berdasarkan analisis Anda, kapan Tertanggung mulai menderita penyakit tersebut? <i>(According to your analysis, when did the Insured first begin to suffer from the illness?)</i>		

11.	Sejauh pengetahuan Anda, apakah Tertanggung juga pernah dirawat atau ditangani oleh dokter lain? (<i>To your knowledge, has the insured also been treated by another doctor?</i>)	
	Jika ya, sebutkan nama dokter, waktu, dan alasan perawatan tersebut. (<i>If so, state the name of the doctor, when and why.</i>)	
12.	Informasi Lain yang Diperlukan (<i>Other required information</i>)	

Ditandatangani di (<i>Signed at</i>)	Pada tanggal (<i>On</i>)	Tanda Tangan dan Stempel Dokter (<i>Physician's Signature and Stamp</i>)	Nama Lengkap (<i>Full Name</i>)