



---

## SURAT KETERANGAN KEMATIAN

Nama lengkap bertanggung : \_\_\_\_\_

Alamat Rumah : \_\_\_\_\_

Jenis Kelamin : \_\_\_\_\_

Tanggal Lahir: \_\_\_\_\_

---

1. Tempat kematian : \_\_\_\_\_

Tanggal dan jam kematian : \_\_\_\_\_

---

2. Sebab-sebab kematian

a) Penyakit Utama  
(diagnosa terakhir) : \_\_\_\_\_

b) Penyebab Utama Kematian: \_\_\_\_\_

---

3. Kapankah pertama kali si Bertanggung  
mengunjungi Anda untuk memeriksakan diri,  
dalam hubungan penyakit yang diderita atau  
kecelakaan yang menyebabkan kematian?

Apa diagnosa Anda pada saat itu? \_\_\_\_\_

---

4. Apakah kematian disebabkan oleh:

a) suatu penyakit

b) kecelakaan

c) pengaruh/akibat dari  
suatu kecelakaan

d) apakah kecelakaan tersebut dipengaruhi  
oleh alkohol atau obat-obatan terlarang

e) bunuh diri

Berikan masing-masing keterangan ringkas dari *penyakit*  
tersebut, *kecelakaan* atau *bunuh diri*

---



---

5. Apakah dilakukan autopsi? Jika ya, mohon dijelaskan.

---

6. Kapankah gejala pertama penyakit  
dari si Tertanggung Anda ketahui?  
Menurut pengetahuan analisa Anda  
sejak kapan si Tertanggung mengi-  
cap penyakit tersebut?

---

7. Menurut sepengetahuan Anda apa-  
kah si Tertanggung juga pernah  
dirawat oleh dokter lain?

Jika ya, sebutkan nama dokter  
tersebut, kapan dan alasannya.

---

8. Keterangan yang masih diperlukan.

---

Ditandatangani di \_\_\_\_\_

Pada tanggal \_\_\_\_\_

Tanda tangan dokter dan stempel

( \_\_\_\_\_ )

Nama jelas