

- Pernah Periksa atau berobat ke :
 - a. Dokter/ Rumah Sakit/ Poliklinik :
 -
 - Alamat :
 -
 - b. Dokter/ Rumah Sakit/ Poliklinik :
 -
 - Alamat :
 -

- 3. Almarhum / almarhumah selama ini melakukan pemeriksaan dan pengobatan secara rutin, baik ke Dokter, Rumah Sakit, Poliklinik, Puskesmas atau ke tempat lain misal ke Laboratorium, jika pernah :
 - Biasa memeriksakan diri / berobat ke
 - a. Alamat.....
 - b. Alamat.....
 - c. Alamat.....
 - d. Alamat.....
 - Keterangan lain-lain :
 -

- 4. Almarhum / almarhumah pernah melakukan rawat inap sebutkan :
 - Rumah Sakit :
 - Alamat :
 -
 - No. Register :
 - Rawat Inap : mulai tgl.....sampai dengan
 - Tempat lain :
 -

- 5. Lain-lain yang dianggap perlu (Misal: pernah melakukan operasi, dll)

.....

.....

- 6. Bersama ini saya sebagai ahli waris Pasien yang sah, memberi ijin dan kuasa kepada pihak Penyedia Pelayanan Kesehatan dan/atau pihak lain untuk menjelaskan dan memberikan informasi yang diperlukan kepada PT Asuransi Jiwasraya (Persero).

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya dan untuk digunakan sesuai keperluan.

.....,

Mengetahui ketua RT/RW

**Materai
Rp6.000**

.....
Ahli Waris

.....
Telp/ Hp.