



Nomor Polis:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Diisi oleh petugas)  
Tanggal Dokumen Diterima  
\_\_\_\_\_

## Surat Keterangan Dokter selain Klaim Meninggal Dunia / Attending Phycisian's Statement for Non Death Claim Diisi oleh Dokter yang merawat (filled by Treating Doctor)

Catatan Penting :

- Mohon untuk mengisi formulir dengan lengkap dan benar sehingga klaim dapat diproses dengan cepat dan akurat /  
*Please fill this form completely and correctly to ensure fast and accurate processing. All fields are compulsory*
- Setiap koreksi penulisan/pengisian dalam bentuk catatan atas formulir ini wajib ditandatangani oleh Dokter yang merawat/  
*Any corrections made to this form must be signed by the treating Doctor/*
- Apabila kolom yang ada tidak mencukupi, mohon di tulisn di lembar yang disediakan/  
*If the space is not enough, please written on provided sheet.*
- Terima kasih atas kesediaan anda untuk melengkapi dan mencantumkan tanda tangan, tanggal dan stempel pada formulir klaim ini/  
*Thank you for completing this medical claim form with your signature, date and stamp on this form.*

### A. INFORMASI ADMINISTRASI / ADMINISTRATIVE DETAILS

No. Rekam Medis / Medical Record No. : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nama Pasien / Patient's Name : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### B. INFORMASI MEDIS / MEDICAL DETAILS

1. Tanggal pertama kali konsultasi ke untuk penyakit yang diderita /  
*Date of first consultation for this condition* : 

--	--	--	--	--	--

 / 

--	--	--	--	--	--

 / 

--	--	--	--	--	--

2. Gejala/keluhan utama yang muncul/main symptoms/complain presented : \_\_\_\_\_

3. Tanggal gejala/keluhan tersebut pertama kali dirasakan /  
*Date of the first symptoms/complain occured* : 

--	--	--	--	--	--

 / 

--	--	--	--	--	--

 / 

--	--	--	--	--	--

4. Tanggal perawatan / *Date of Hospitalization* : 

--	--	--	--	--	--

 / 

--	--	--	--	--	--

 / 

--	--	--	--	--	--

 to 

--	--	--	--	--	--

 / 

--	--	--	--	--	--

 / 

--	--	--	--	--	--

5. Diagnosa / *Diagnosis*: a. \_\_\_\_\_ Tanggal/Date : 

--	--	--	--	--	--

 / 

--	--	--	--	--	--

 / 

--	--	--	--	--	--

b. \_\_\_\_\_ Tanggal/Date : 

--	--	--	--	--	--

 / 

--	--	--	--	--	--

 / 

--	--	--	--	--	--

c. \_\_\_\_\_ Tanggal/Date : 

--	--	--	--	--	--

 / 

--	--	--	--	--	--

 / 

--	--	--	--	--	--

6. Apakah pasien sudah mengetahui diagnosa tersebut sebelum berkonsultasi / *Did the patient know the diagnosis before this consultation* :  
 Ya/Yes  Tidak/No Jika "Ya", sejak kapan? Tanggal : 

--	--	--	--	--	--

 / 

--	--	--	--	--	--

 / 

--	--	--	--	--	--

  
*If "Yes", since when? Date*

7. Etiologi diagnosa / *The etiology of diagnosis*: \_\_\_\_\_

8. Apakah pasien pernah di diagnosa dengan segala kondisi medis/penyakit yang mendasari/menjadi penyebab kondisi saat ini /  
*Has Patient been diagnosed with any underlying medical condition that predisposed him/her to the current condition?*  
 Ya/Yes  Tidak/No  
Jika 'ya', sebutkan kondisi medis/penyakit tersebut/If 'Yes' Please state condition: \_\_\_\_\_  
Tanggal diagnosis ditegakkan /*Date of Diagnosis* : 

--	--	--	--	--	--

 / 

--	--	--	--	--	--

 / 

--	--	--	--	--	--

### C. INFORMASI PENGOBATAN / TREATMENT DETAILS


1. Apakah ada pemeriksaan tambahan yang dilakukan untuk menentukan diagnosa / *Were any additional examination conducted to define diagnosis* :  Ya/Yes  Tidak/No  
Jika 'ya', Mohon penjelasan/If 'Yes' Please provide details:

Tanggal Pemeriksaan/ <i>Date of Examination</i> ( dd / mm / yyyy )	Jenis Pemeriksaan/ <i>Type of Examination</i>	Hasil/ <i>Result</i>

2. Mohon dijelaskan tindakan pengobatan medis yang diberikan/ Kindly describe the medical treatment measures has been given :

Jenis Tindakan / Types of Treatment	Indikasi Medis Tindakan/Medical Treatment Indication

**D. KONDISI INI DISEBABKAN OLEH / KOMPLIKASI DARI / BERHUBUNGAN DENGAN / THIS CONDITION IS CAUSED BY / COMPLICATION OF / RELATED TO :**

	Ya/Yes	Tidak/No
<p>1. Kecelakaan / Accident                      Jika 'ya', tanggal kecelakaan / If 'yes' date of accident <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(a) Uraikan bagaimana kecelakaan terjadi / Description of how the accident happened</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(b) Gambaran cedera/luka / Description of the extent of bodily injury</p>  <p>_____</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Melukai diri sendiri / Self-inflicted injury?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bunuh diri / committed suicide ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kehamilan, Infertilitas, sub-fertilitas, kelahiran, KB, sterilisasi, Keguguran atau aborsi / Pregnancy, infertility, Sub-Fertility, childbirth, Birth control, Sterilization, miscarriage or abortion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Apakah kondisi tersebut berhubungan dengan depresi, mental atau gangguan kejiwaan / Is the condition associated with a depression, mental or psychiatric disorder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Apakah kondisi tersebut berhubungan dengan cacat lahir atau kelainan bawaan / Is the condition associated with a birth defect or congenital disease?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Alasan kosmetik / cosmetic reason:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Apakah kondisi tersebut berhubungan dengan penyakit menular seksual atau penyakit yang berhubungan dengan HIV/AIDS / Is the condition associated with Sex transmitted disease or HIV / AIDS related illness?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Alkoholisme atau penyalahgunaan obat-obatan atau segala cedera atau penyakit yang diderita setelah mengkonsumsi cairan dan obat-obatan yang berbahaya / alcoholism or drug abuse or any injury or illness suffered after taking intoxicating liquors or drugs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Obesitas, penurunan berat badan, atau peningkatan berat badan / obesity, weight reduction, or weight improvement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Perawatan dan pengobatan Gigi / Dental care and treatment:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**E. RENCANA PENGOBATAN SELANJUTNYA / FUTURE TREATMENT PLAN**

1. Bagaimana respon pasien terhadap pengobatan / Patient's respond to the treatment: \_\_\_\_\_

2. Apakah ada rencana untuk pengobatan lanjutan / Is further treatment planned?  Ya/Yes  Tidak/No

Jika 'Ya', mohon dijelaskan rencana pengobatan lanjutan dari yang pasien butuhkan saat ini (termasuk kapan dilakukan dan apa indikasi medisnya) / If 'Yes' please specified any follow up treatment currently needed by the patient (including plan date and medical reason for the treatment)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Apakah pasien dirujuk ke dokter lain untuk follow up atau pengobatan lanjutan./Was the patient referred to other doctor(s) for follow up or further management?  Ya/Yes  Tidak/No

Jika 'Ya', mohon sebutkan nama dan alamat dokter serta alasan dirujuk./If 'Yes', please state name and address of doctor and the reason(s) for referral

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Apakah ada kemungkinan untuk dilakukan Pembedahan lanjutan / *Any likelihood of further surgery to be required?*

Ya/Yes  Tidak/No Jika 'ya', Mohon penjelasan / *If 'Yes' Please provide details:*

Jenis Pembedahan/ <i>Type (s) of Surgical (s)</i>	Indikasi medis pembedahan/ <i>Medical indication of surgery</i>	Perkiraan Tanggal Pembedahan/ <i>tentative date (s) of surgery</i> ( dd / mm / yyyy )

Berhubungan dengan Riwayat Medis pasien / *Regarding the patient's medical history*

Apakah pasien pernah berkunjung ke/dirawat di RS ini / RS lain sebelumnya, baik disebabkan oleh hal yang sama ataupun berbeda / *Has the patient visited to /been admitted to this hospital/ any hospital previously, either for the same or different cause?*

Ya/Yes  Tidak/No Jika 'Ya' mohon dijelaskan / *If 'Yes' please give details*

Tanggal / <i>Date ( dd / mm / yyyy )</i>	Nama Rumah sakit/ <i>Name of Hospital</i>	Nama dokter / <i>Name of doctor</i>	Diagnosis / <i>Diagnosis</i>

**F. PERNYATAAN DOKTER / MEDICAL PRACTICIONER DECLARATION**

Dengan ini menyatakan bahwa Saya adalah Dokter yang merawat pasien ini dan Saya memberikan keterangan dengan sebenar-benarnya sesuai dengan pengetahuan yang Saya miliki / *I declare that I am the patient's treating medical Doctor and that the particulars given are true and correct to the best of my knowledge.*

Tanggal / *Date* :   /   /     ( dd / mm / yyyy )

Tandatangan / *Signature & Stempel Rumah Sakit/ Klinik/Dokter/ Hospital/Clinic/Doctor Stamp* :

Nama / *Name* : \_\_\_\_\_

Apabila kolom yang disediakan tidak mencukupi, mohon di tuliskan di halaman ini / *If the space is not enough, please written on this page*

PT AXA Financial Indonesia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

PT AXA Financial Indonesia

Customer Care Centre

AXA Tower Lt. 18

Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia

e-mail: customer@axa-financial.co.id

Link Live Chat: www.axa.co.id



Head Office

AXA Tower Lt. 17

Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia

Tel: +62 21 5093 6000

