



SURAT KETERANGAN DOKTER Untuk Klaim Ketidakmampuan

(Diisi oleh Dokter)

Kepada Yth. Dokter yang merawat/mengobati.

Kami mohon kesediaan Dokter untuk mengisi Surat Keterangan Dokter ini dengan sebenarnya sesuai data yang ada dan yang Dokter Ketahui. Terima kasih.

Data-data Pasien	
Nama Pasien : _____	No. Pasien / Rekam Medis : _____
Tanggal lahir / Umur : _____ / _____ / _____ / atau _____ tahun,	Jenis kelamin : <input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita
Alamat Pasien : _____	Pekerjaan : _____
Pasien ini berkonsultasi / mengunjungi Sejawat oleh karena : <input type="checkbox"/> Luka / Cidera <input type="checkbox"/> Penyakit <input type="checkbox"/> Lainnya : _____	
Tanggal Pemeriksaan : _____	_____/_____/_____/ tanggal / bulan / tahun
Tanggal Perawatan : _____	_____/_____/_____/ s.d _____/_____/_____/
Jika karena Penyakit	
DIAGNOSA Penyakit & Penyebabnya : _____	
Tanggal diDiagnosa : _____	_____/_____/_____/ tanggal / bulan / tahun
Jika karena Luka / Cidera sebagai akibat dari KECELAKAAN	
Tanggal terjadinya Kecelakaan : _____	_____/_____/_____/ tanggal / bulan / tahun
Tempat / Lokasi terjadinya Kecelakaan : _____	
Jika Pasien ini wanita, apakah DIAGNOSA di atas berhubungan dengan kehamilannya ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK Mohon jelaskan : _____
Apakah Pasien ini mengunjungi Sejawat lebih dari satu kali untuk berkonsultasi ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK
Jika YA	
Tanggal pertama konsultasi ?	_____/_____/_____/ tanggal / bulan / tahun
Berapa kali Pasien ini telah berkonsultasi dengan Sejawat ?	_____ Kali
Mohon berikan seluruh data konsultasi / kunjungan Pasien ini sejak pertama hingga terakhir kali *	
Tanggal kunjungan :	_____/_____/_____/ tanggal / bulan / tahun
Keluhan dan gejala :	_____
Diagnosa Penyakit atau Luka / Cidera-nya :	_____
* : Gunakan lembar tambahan jika diperlukan	
Jika TIDAK	
Kapan pertama kali Pasien ini berkonsultasi dengan Sejawat ?	_____/_____/_____/ tanggal / bulan / tahun
Keluhan & gejala Penyakit atau Luka / Cidera-nya :	_____
Diagnosa Sejawat atas Penyakit atau Luka / Cidera-nya :	_____
Hasil pemeriksaan fisik (tensi, denyut jantung/ nadi, cor-pulmo, dll.)	Tensi : _____ Nadi : _____ Suhu : _____ Pernafasan : _____
Hasil pemeriksaan penunjang (laboratorium, X-ray, EKG, PA, dll.) **	Kesadaran : _____
** : mohon berikan kami fotocopi dari hasil pemeriksaan penunjang Pasien ini	
Akibat Penyakit atau Luka / Cidera-nya, Apakah :	
Telah terdapat komplikasi ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Jika YA, diderita sejak : ____/____/____/ (tanggal/ bulan/ tahun)
Terjadi Kelumpuhan / kehilangan fungsi ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK,
Mohon jelaskan bagian tubuh yang mengalami kelumpuhan / kehilangan fungsi :	_____
Pasien menjadi tidak mampu bekerja secara total ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Mohon jelaskan : _____
Pasien kehilangan satu anggota tubuh ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Mohon jelaskan : _____
- Kedua anggota tubuh ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Mohon jelaskan : _____
Pasien kehilangan penglihatan satu mata?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Mohon jelaskan : _____
- Kedua mata ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Mohon jelaskan : _____

PT AXA Financial Indonesia

Customer Care Centre

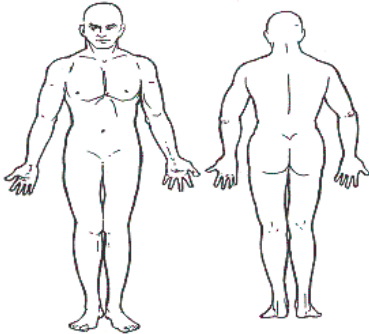
AXA Tower Lt. GF, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia
Tel: +62 21 3005 9999 | Fax: +62 21 3005 8009 | Email: customer@axa-financial.co.id

Head Office

AXA Tower Lt. 17, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia
Tel: +62 21 3005 8000 | Fax: +62 21 3005 8008 | Website: www.axa-financial.co.id



SURAT KETERANGAN DOKTER Untuk Klaim Ketidakmampuan

Keadaan Penyakit atau Luka / Cidera-nya saat ini : <hr/> <hr/> Lokasi Penyakit atau Luka / Cidera-nya : (mohon beri tanda pada gambar di samping)	
Apakah Ketidakmampuan / Cacat Pasien ini akan menetap selamanya ? Jika YA, mohon berikan KEMUNGKINAN Pasien dapat memulai kembali untuk suatu pekerjaan berpenghasilan : Jika TIDAK, Kapan Pasien ini diperkirakan akan pulih kembali dan dapat bekerja ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (tanggal/ bulan/ tahun) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (tanggal/ bulan/ tahun)
Mengingat pekerjaan Pasien sebelum Sakit atau Luka / Cidera, apakah setelah adanya Cacat, ia akan dapat melakukan pekerjaannya kembali ? Jika YA, Mohon jelaskan secara rinci : Jika TIDAK, Mohon berikan Contoh bidang pekerjaan yang masih akan dapat dikerjakan-nya :	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK <hr/> <hr/>
Apakah ada keadaan lain (misal : cacat fisik, riwayat penyakit dahulu, atau ketergantungan zat/obat/ narkotik, alkohol, dll.) yang turut berperan dalam terjadinya PENYAKIT atau LUKA / CEDERA Pasien ini atau memperpanjang masa istirahat (invalid) ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK Mohon Jelaskan : <hr/> <hr/>
Nama & alamat dokter / rumah sakit lainnya yang telah mengobati Pasien ini untuk Penyakit atau Luka / Cidera yang sama : Tanggal Konsultasi : Nama & alamat dokter/ Rumah Sakit : Keterangan lain, pengobatan, operasi, dll.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (tanggal/ bulan/ tahun) <hr/> <hr/>
Mohon berikan keterangan lainnya yang Sejawat pikirkan atau perkirakan ada hubungannya dengan Penyakit atau Luka / Cidera-nya ?	<hr/> <hr/>
Dengan ini Saya menyatakan bahwa Saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. Nama Dokter : Spesialisasi : Alamat Dokter / RS : No. Telepon / HP : <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <hr/> Tempat & Tanggal </div> <div> <hr/> Tandatangan Dokter </div> <div> <hr/> Cap Rumah Sakit </div> </div>	

PT AXA Financial Indonesia

Customer Care Centre

 AXA Tower Lt. GF, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia
 Tel: +62 21 3005 9999 | Fax: +62 21 3005 8009 | Email: customer@axa-financial.co.id

Head Office

 AXA Tower Lt. 17, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav. 18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia
 Tel: +62 21 3005 8000 | Fax: +62 21 3005 8008 | Website: www.axa-financial.co.id