



Surat Keterangan Dokter untuk Klaim Reimbursement

(Diisi oleh Dokter yang merawat)

Nama Pasien : _____ No. Polis : _____
Nama Perusahaan/Pemegang Polis : _____ No. Peserta : _____
Jenis Kelamin : PRIA WANITA Tanggal Lahir / umur : ____ / ____ / ____ / atau ____ thn

JENIS PELAYANAN MEDIS

(beri tanda untuk jenis pelayanan kesehatan yang diberikan)

RAWAT INAP RAWAT BERSALIN
 RAWAT JALAN : Konsultasi Dokter Umum Konsultasi Dokter Spesialis Konsultasi Dokter Gigi

Nama Rumah Sakit : _____

Tanggal Masuk RS : _____ (tgl/bln/thn) Tanggal Keluar : _____ (tgl/bln/thn)

PENYAKIT BERHUBUNGAN DENGAN

Kosmetik Infertilitas Lain sebagainya, sebutkan
 Psikosomatis / Psikis Congenital / Herediter _____

DIAGNOSA MASUK	INDIKASI MEDIS DILAKUKAN RAWAT INAP : <input type="checkbox"/> Atas permintaan Dokter, jelaskan : <input type="checkbox"/> Atas permintaan sendiri
KELUHAN UTAMA DAN TAMBAHAN * :	SEJAK KAPAN PASIEN MENGALAMI KELUHAN / GEJALA TERSEBUT
PEMERIKSAAN FISIK DAN PENUNJANG * :	TERAPI DAN JENIS TINDAKAN / OPERASI* :
MOHON SEBUTKAN RIWAYAT PENYAKIT SEBELUMNYA (jika ada)	MOHON SEBUTKAN NAMA DOKTER YANG MERUJUK PASIEN (jika ada)
DIAGNOSA KELUAR	

INFORMASI DOKTER YANG MERAWAT *

Dengan ini saya telah membaca dan menjawab pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan benar.

Nama Dokter & Cap	Alamat & No Telepon Dokter :
Tanda tangan dokter	

PERNYATAAN PEMBERIAN KUASA DARI PASIEN

Dengan ini Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan benar. Dengan ini saya memberi kuasa yang tidak akan berakhir karena sebab-sebab yang tercantum dalam pasal 1813 KUH Perdata kepada setiap Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Laboratorium, Institusi Medis manapun, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Lembaga, atau Perorangan yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung, untuk memberitahukan kepada PT. AXA Financial Indonesia atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Peserta. Fotocopy dari Surat Kuasa ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

Nama Tertanggung / Peserta	Tanda Tangan	Tanggal
----------------------------	--------------	---------

(untuk anak < 18 thn dapat diwakilkan oleh wali / orang tua)

*) Diisi pada saat pasien selesai mendapat pelayanan medis