

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 ____ tahun

JENIS PELAYANAN MEDIA

(beri tanda untuk jenis pelayanan kesehatan yang diberikan)

RAWAT INAP

RAWAT BERSALIN

RAWAT JALAN

KONSULTASI DOKTER UMUM

KONSULTASI SPECIALIS

KONSULTASI DOKTER GIGI

Nama Rumah sakit : _____

Tanggal Masuk RS : _____ Tgl/Bulan/Tahun Tanggal Keluar : _____ Tgl/Bulan/Tahun

PENYAKIT BERHUBUNGAN DENGAN

KOSMETIK

Infertilitas

Lain sebagainya (sebutkan) _____

PSIKISOMATIS / PSIKIS

Congetal / Herediter

DIAGNOSA MASUK	INDIKASI MDIS DILAKUKAN RAWAT INAP: <input type="checkbox"/> Atas permintaan sendiri <input type="checkbox"/> Atas permintaan dokter, jelaskan.
KELUHAN UTAMA DAN TAMBAHAN	SEJAK KAPAN PASIEN MENGALAMI KELUHAN / GEJALA
PEMERIKSAAN FISIK & PENUNJANG *	TERAPI DAN JENIS TINDAKAN / OPERASI *
MOHON SEBUTKA RIWAYAT PENYAKIT (JIKA ADA)	MOHON SEBUTKAN NAMA DOKTER YANG MERUJUK PASIEN
DIAGNOSA KELUAR	

INFORMASI DOKTER YANG MERAWAT

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

Nama Dokter & Cap

Alamat dan No. Telpon Dokter

Tanda tangan dokter

PENYATAAN PEMBERIAN KUASA DARI PASIEN

Dengan ini saya menyatakan telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan benar
Dengan ini saya memberikan 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 IDNONESIA atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala catatan / keterangan mengenai keadaan / kesehatan peserta. Fotocopy dari Surat Kuasa ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

Nama Tertanggung / peserta

Tanda Tangan

Tanggal

(untuk anak < 18 th dapat diwakilkan oleh wali / orang tua
* diisi pada saat pasien selesai mendapat pelayanan medis

PT AXA FINANCIAL INDONESIA

Head Office

AXA TOWER Lt. 17 JI. Prof. Dr. Satrio Kav. 18 Kuningan City Jakarta 12940 Indonesia, Tel: +6221 3005 8000; Fax: +6221 3005 8008; website: www.axa-financial.co.id
Customer Care Center

AXA TOWER Lt. 17 JI. Prof. Dr. Satrio Kav. 18 Kuningan City Jakarta 12940 Indonesia, Tel: +6221 3005 9999; Fax: +6221 3005 8009; email: customer@axa-financial.co.id