

SURAT KETERANGAN DOKTER ATTENDING PHYSICIAN STATEMENT

Kepada Yth Dokter yang merawat / mengobati

PENTING: Pastikan bahwa Formulir klaim ini telah diisi dengan benar dan lengkap sesuai dengan fakta yang sebenar-benarnya.

IMPORTANT: Please ensure that this claim form has been filled completely and correctly based on the real fact.

INFORMASI TERTANGGUNG / INSURED INFORMATION

Nama <i>Name</i>	<input type="text"/>		
Jenis Kelamin <i>Gender</i>	<input type="checkbox"/> Pria <i>Male</i>	<input type="checkbox"/> Wanita <i>Female</i>	Tanggal Lahir <i>Date of birth</i> <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
No. Rekam Medis <i>Medical Record No</i>	<input type="text"/>		

INFORMASI MEDIS PERAWATAN / MEDICAL TREATMENT INFORMATION

Nama dokter yang merawat <i>Treating doctor's name</i>	<input type="text"/>		
Nama rumah sakit <i>Hospital name</i>	<input type="text"/>		
Tanggal perawatan <i>Treatment date</i>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		
Indikasi perawatan <i>Main indication of treatment</i>	<input style="height: 40px;" type="text"/>		
Diagnosa <i>Diagnosis</i>	<input style="height: 40px;" type="text"/>		
Apakah ada pembedahan <i>Is there any surgery</i>	<input type="checkbox"/> Ya <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Tidak <i>No</i>		
Diagnosa <i>Diagnosis</i>	<input style="height: 40px;" type="text"/>		
Tujuan pembedahan <i>Purpose of surgery</i>	<input type="checkbox"/> Terapi/Penyembuhan <i>Therapeutic</i> <input type="checkbox"/> Diagnostik <i>Diagnostic</i>		

INFORMASI KLAIM KEMATIAN / DEATH CLAIM INFORMATION

Tanggal perawatan <i>Treatment date</i>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		
Penyebab meninggal <i>Cause of death</i>	<input type="checkbox"/> Sakit <i>Sickness</i> <input type="checkbox"/> Kecelakaan <i>Accident</i>		
Diagnosa <i>Diagnosis</i>	<input style="height: 40px;" type="text"/>		
Kronologis meninggal <i>Chronology of death</i>	<input style="height: 40px;" type="text"/>		

INFORMASI TAMBAHAN / ADDITIONAL INFORMATION

Informasi tambahan terkait pengajuan klaim / *Additional information related to the claim submission*

Dengan ini saya menyatakan telah menjawab pertanyaan-pertanyaan di atas dengan lengkap dan benar
I declare that I have answered all the questions above completely and correctly

Ditandatangani di: - - -

Tanda Tangan dokter yang merawat / dokter penanggung jawab pasien dengan cap RS/klinik
Treating doctor/responsible doctor sign off with hospital / clinic stamp

Nama Jelas dokter yang merawat / dokter penanggung jawab pasien
Treating doctor / responsible doctor name

Kantor Pusat: Sinarmas MSIG Tower, Lt. 6, Jln. Jend. Sudirman Kav. 21, Jakarta 12920

☎ 021) 5060 9999, 2650 8300 | 📞 088 1234 1088 | ✉ cs@msiglifeco.id | 🌐 MSIG Life | 🌐 www.msiglifeco.id

PT MSIG Life Insurance Indonesia Tbk berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

