MSIG | Syariah

Live it your way

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 PESERTA / *INSURED INFORMATION*

Nama
Name

Jenis Kelamin
Gender
☐ Pria *Male* ☐ Wanita *Female*

Tanggal Lahir
Date of birth
☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

No. Rekam Medis
Medical Record No

INFORMASI MEDIS PERAWATAN / *MEDICAL TREATMENT INFORMATION*

Nama dokter yang merawat
Treating doctor's name

Nama rumah sakit
Hospital name

Tanggal perawatan
Treatment date
☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐ ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

Indikasi perawatan
Main indication of treatment

Diagnosa
Diagnosis

Apakah ada pembedahan
Is there any surgery
☐ Ya *Yes* ☐ Tidak *No*

Diagnosa
Diagnosis

Tujuan pembedahan
Purpose of surgery
☐ Terapi/Penyembuhan *Therapeutic* ☐ Diagnostik *Diagnostic*

INFORMASI KLAIM KEMATIAN / *DEATH CLAIM INFORMATION*

Tanggal perawatan
Treatment date
☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

Penyebab meninggal
Cause of death
☐ Sakit *Sickness* ☐ Kecelakaan *Accident*

Diagnosa
Diagnosis

Kronologis meninggal
Chronology of death

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:
Signed on: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

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