

Surat Keterangan Dokter

Attending Physician's Statement



1. Uraikan secara singkat sifat luka yang diderita
Please state nature of injury that causes death

.....
.....
.....

2. a. Terangkan selengkap-lengkapnya sebab dari luka yang diderita
Please state as fully as possible the cause of the injuries

.....
.....

b. Apakah wujud luka tersebut berhubungan dengan kecelakaan tersebut?
Is the appearance of the injury consistent therewith

.....

3. Luka-luka tersebut diatas mengakibatkan pasien mengalami:
Such injuries mentioned above resulting to the following condition

- Meninggal dunia / *Death*
- Cacat total tetap permanen / *Total disability*
- Cacat sebagian (mohon dilanjutkan dengan melengkapi daftar cacat tubuh dibalik lembar ini) / *Partial disability (please continue with the overleaf disability chart)*

4. Diagnosa / *Diagnosis*

.....
.....

5. Apakah terdapat hubungan antara ketidakmampuan yang sekarang ini dengan sesuatu penyakit atau kecelakaan sebelumnya? Apabila Ya, harap dijelaskan
Is there any connection between the present disablement and any disease or previous accident? If so, please give details

.....
.....
.....

6. Tanpa mengindahkan luka tersebut harap Saudara terangkan apakah pasien pada saat ini atau pada saat terjadinya kecelakaan, menderita suatu penyakit?
Is the patient now, or was he/she at the time of the Accident, subject to or suffering from any illness or

Ya / *Yes* Tidak / *No* Apabila Ya, mohon jelaskan / *If Yes, please state*

a. Sifat penyakit / *Nature of the illness*

.....
.....

b. Lamanya penyakit itu mungkin diderita / *The probable duration there of*

.....
.....

c. Besarnya pengaruh penyakit itu atas kesembuhan pasien dari lukanya / *The extent to which it has affected the patient's recovery*

.....

.....

7. Apakah pasien menjalani rawat jalan dirumah atas petunjuk saudara?
Has the patients been confined to the house by your instruction

Ya / Yes Tidak / No Jika Ya, sebutkan tanggalnya / *if yes, please state inclusive dates*

Tanggal..... Bulan..... Tahun..... Sampai Tanggal..... Bulan..... Tahun.....
Date Month Year to Date Month Year

8. Kapan saudara pertama kali memeriksa pasien setelah kecelakaan?
When did you first see and examine patient after the accident

Tanggal..... Bulan..... Tahun.....
Date Month Year

9. Apabila Pasien mengalami cacat tetapi tidak mengakibatkan kehilangan anggota tubuh, berapa persen berkurangnya cacat tersebut / *If Patient is suffered from a disability, please indicate how many percent the degree of disability*

.....

.....

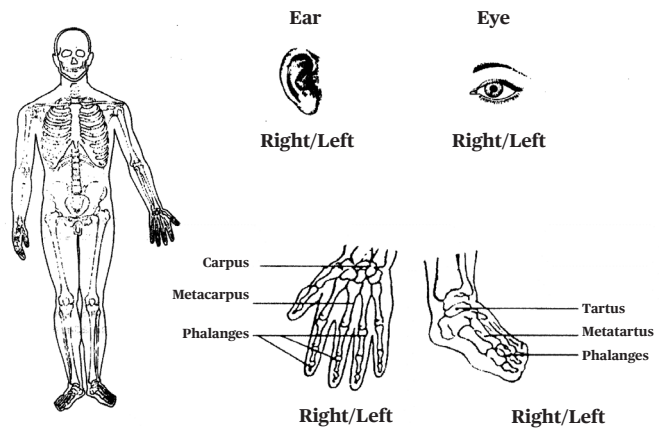
10. Jika Pasien mengalami kehilangan anggota badan, jelaskan dan tunjukkan pada gambar
If Patient is suffered from dismemberment due to loss of any part of the body, please explain and indicate

.....

.....

.....

.....



Demikian saya menyatakan bahwa seluruh jawaban-jawaban diatas adalah benar menurut pengetahuan dan keyakinan saya dan saya tidak menahan/menyembunyikan informasi yang mempengaruhi PT Chubb General Insurance Indonesia dalam pertimbangan klaim. Saya mengerti klaim ini dapat ditolak atau dikurangi jika informasi yang diberikan tidak benar.
I declare that the above information is true and complete to the best of my knowledge and belief and I do not withhold any information likely to affect PT Chubb General Insurance Indonesia's consideration of the claim. I understand the claim may be refused or reduced if the given information is incorrect.

Nama dan Tanda Tangan <i>Name and Signature of Attending Physician</i>	Stempel Dokter/Rumah Sakit <i>Att. Physician/Hosp. Stamp</i>	Keahlian <i>Qualification</i>
Tanggal / Date:		

Hanya berlaku bila diisi, di tanda tangani, dicap oleh Dokter yang bersangkutan.
Acceptable only if filled out, signed, stamped by Attending Physician.

Chubb. Insured.SM

PT Chubb General Insurance Indonesia

Kantor Layanan Klaim, Komplek Grand Boutique Centre Blok E No. 2-4, Jl. Mangga Dua Raya, Jakarta 14430, Indonesia.
 T +62 (21) 6230 9433 | Hotline: 1500 257 | chubb.com/id | Layanan Klaim Online: www.chubbclaims.id.

©2018 Chubb. Perlindungan ditanggung oleh satu atau lebih perusahaan Chubb. Tidak semua perlindungan tersedia di seluruh yurisdiksi. Chubb® dan logo Chubb. Bukan sekedar perlindungan. Craftsmanship.SM dan seluruh terjemahannya, serta Chubb. Insured.SM merupakan merek dagang milik Chubb.

PT Chubb General Insurance Indonesia is registered and supervised by Otoritas Jasa Keuangan.