

# 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*

.....

.....

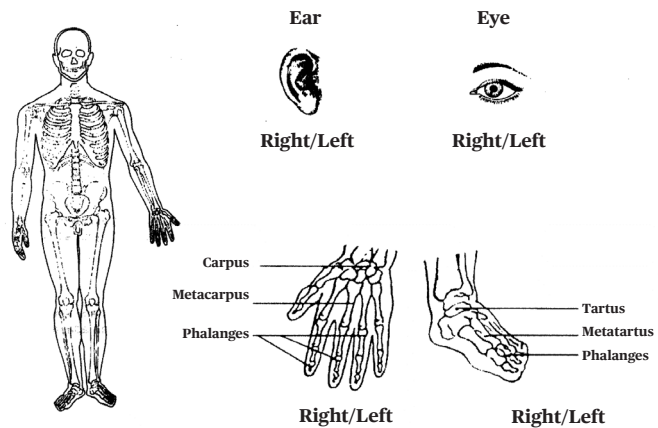
10. Jika Pasien mengalami kehilangan anggota badan, jelaskan dan tunjukkan pada gambar  
*If Patient is suffered from dismemberment due to loss of any part of the body, please explain and indicate*

.....

.....

.....

.....



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.*

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

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

**Chubb. Insured.<sup>SM</sup>**

**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.<sup>SM</sup> dan seluruh terjemahannya, serta Chubb. Insured.<sup>SM</sup> merupakan merek dagang milik Chubb.

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