

**FORMULIR KLAIM ASURANSI**

**ATTENDING PHYSICIAN STATEMENT ACCIDENT & SICKNESS**

**PERNYATAAN DOKTER YANG MERAWAT UNTUK KECELAKAAN/SAKIT**

The policy holder/insured is responsible for the completion of this form on own expenses  
**Pemegang Polis/Peserta berkewajiban menyerahkan pernyataan ini atas biaya sendiri**

• Patient's Name  
**Nama Pasien**

• Policy & Insured Index No.  
**No. Polis & Indeks Peserta**

• Date of Birth  
**Tanggal Lahir**

• Description of the accident/sickness  
**Alasan perawatan ini** \_\_\_\_\_

• Nature of sickness or injury (describe complications if any) / Diagnosis  
**Diagnosa (jelaskan komplikasinya bila ada)** \_\_\_\_\_

• When did symptoms first appear or accident happen?  
**Kapan gejala pertama kali diketahui/terjadi?**

When did patient first consult you for this condition?  
**Kapan pasien pertama kali berobat untuk kondisi ini?**

• Has patient ever had same or similar condition?  
**Apakah pasien pernah dirawat sebelumnya untuk kondisi ini?**

Yes  
**Ya**  No  
**Tidak**

If "Yes", state when and describe  
**Jika "Ya", kapan dan jelaskan**

• Therapy that had given  
**Terapi yang diberikan** \_\_\_\_\_

• Nature of surgical procedure, if any (describe fully)  
**Jelaskan operasi yang dilakukan, jika ada (secara lengkap)** \_\_\_\_\_

• Give date of treatment and indicate location of treatment  
**Kapan dan dimana perawatan dilakukan**

Office  
**Tempat Praktek**

Home  
**Rumah**

Hospital  
**Rumah Sakit**

• Is patient still under your care for this condition?  
**Apakah pasien akan tetap dalam perawatan anda untuk kondisi ini?**

Yes  
**Ya**  No  
**Tidak**

• If discharged, give dates  
**Jika tidak, sejak kapan**

• When was patient totally disable (unable to work)?  
**Berapa lama pasien istirahat total?**

From  To   
**Dari Hingga**

• Remarks  
**Keterangan/Catatan Lainnya** \_\_\_\_\_

Saya yang bertandatangan dibawah ini, dengan ini memberikan kuasa kepada dokter, rumah sakit, klinik, perusahaan asuransi lain serta institusi yang berwenang dalam hal pemberitahuan diagnosa penyakit saya demi keabsahan formulir ini yang diperlukan oleh PT A.J. Central Asia Raya. Izin dan atau kuasa ini tidak menjadi gugur apabila saya meninggal dunia dan salinan atau fotokopi dari pernyataan kuasa ini sama sah dan berlakunya seperti dokumen aslinya.

\_\_\_\_\_  
 Patient's Signature / Date Sign  
**Tanggal dan Tanda Tangan Pasien**

\_\_\_\_\_  
 Signature and Name of Physician or Surgeon  
**Tanda tangan dan nama Dokter atau Dr. Bedah**