

Surat Keterangan Dokter

Attending Physician's Statement



1. Uraikan secara singkat sifat luka yang diderita
Please state nature of injuries suffered

.....

.....

.....

2. a. Terangkan selengkap-lengkapny 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*

.....

.....

.....

Has the patients been confined to the house by your instruction

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

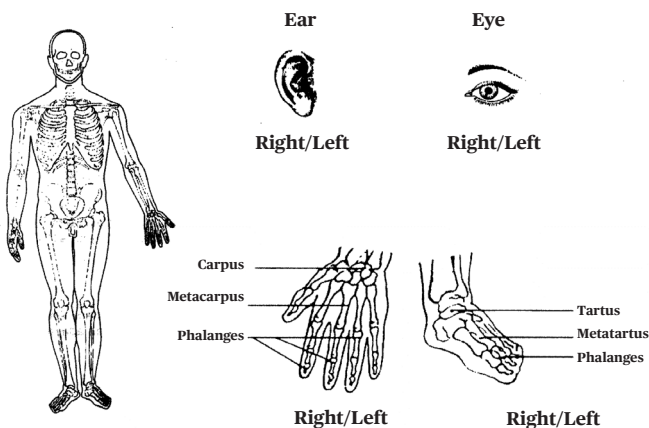
When did you first see and examine patient after the accident

Tanggal..... Bulan..... Tahun

Date Month Year

.....

```
*****
*****
*****
*****
*****
```



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

Kantor Layanannya 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 | Layanannya Klaim Online: chubbclaims.id.

©2021 Chubb. Perlindungan ditanggung oleh satu atau lebih perusahaan Chubb. Tidak semua perlindungan tersedia di seluruh yurisdiksi. Chubb® dan logo Chubb. Bukan sekedar perlindungan. CraftsmanshipSM dan seluruh terjemahannya, serta Chubb InsuredSM merupakan merek dagang milik Chubb.

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