

SURAT KETERANGAN DOKTER

(diisi oleh dokter yang merawat untuk klaim group)

No. Polis :

Nama Pasien : No. Peserta :
 Nama Perusahaan / Pemegang Polis : Jenis Kelamin : Pria Wanita
 Tanggal Lahir : - - (tgl-bln-thn) Usia : Tahun

JENIS PELAYANAN MEDIS (beri tanda untuk jenis pelayanan kesehatan yang diberikan)

Rawat Inap Rawat Bersalin Rawat Jalan
 Konsultasi Dokter Umum Konsultasi Dokter Spesialis Konsultasi Dokter Gigi

Nama Rumah Sakit :
 Tanggal Masuk RS (tgl-bln-thn) : - - Tanggal Keluar RS (tgl-bln-thn) : - -

PENYAKIT BERHUBUNGAN DENGAN :

Kosmetik Infertilitas Lainnya, sebutkan _____
 Psikosomatis/Psikis Congenital/Herediter

Diagnosa Masuk :	Indikasi Medis Dilakukan Rawat Inap :
	<input type="checkbox"/> Atas permintaan dokter, jelaskan <input type="checkbox"/> Atas permintaan sendiri
Diagnosa Masuk :	Sejak Kapan pasien mengalami keluhan/gejala tersebut?
Pemeriksaan Fisik dan Penunjang :	Terapi dan jenis tindakan/operasi*
Mohon sebutkan riwayat penyakit sebelumnya (jika ada)	Mohon sebutkan nama dokter yang merujuk pasien (jika ada)
Diagnosa Keluar :	

Informasi dokter yang merawat *

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar.

Nama Dokter & Stempel Alamat & No. Telepon Dokter
 Tanda Tangan Dokter

PERNYATAAN PEMBERIAN KUASA DARI PASIEN

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. Dengan ini saya memberi kuasa yang tidak akan berakhir karena sebab-sebab yang tercantum dalam pasal 1813 KUH Perdata kepada setiap Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Laboratorium, Institusi Medis manapun, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Lembaga, atau Perorangan yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung, untuk memberitahukan kepada PT MNC Life Assurance atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Peserta. Fotokopi dari Surat Kuasa ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

Nama Tertanggung/Peserta Tanda Tangan Tanggal

(Untuk anak <17 tahun dapat diwakilkan oleh wali/orang tua)

*) Diisi pada saat pasien selesai mendapat pelayanan medis