



PT Equity Life Indonesia
Life | Health | Pension

Sahid Sudirman Center, 43rd Floor
Jl. Jend. Sudirman No. 86 Jakarta 10220
Phone: (62-21) 8086 8000
www.equity.co.id



Equity Life Indonesia Service Assistant
☎ 1500 079
☎ 0817 2330 777
✉ contact.center@equity.id

Kepada
Yth. TS Dr. _____

TS yang terhormat,
Untuk melengkapi data Klaim Asuransi Jiwa (khusus untuk Cacat Tetap), mohon kiranya TS mengisi formulir yang kami sertakan di bawah ini. Selanjutnya mohon disampaikan kepada kami melalui keluarga pasien yang bersangkutan.
Terima kasih atas kerja samanya.

Wassalam TS,

dr. Hendrikus Dharmawan

SURAT KETERANGAN DOKTER

1. Nama lengkap pasien : _____
 Alamat pasien : _____
 Tanggal pemeriksaan : _____

2. Penyebab cacat yang menetap:
- a. Penyakit/keadaan yang langsung menyebabkan cacat tersebut (kecelakaan/komplikasi)

 - b. Sejak kapan _____

 - c. Keadaan lain _____

Lama perawatan sampai
timbul cacat yang menetap

3. Kunjungan pertama dan terakhir yang berkaitan dengan cacat tersebut _____

 Berapa besarkah tingkat kecacatan yang menetap tersebut (%) _____

4. Apakah cacat tersebut berhubungan dengan kesengajaan (*moral hazard*)? Ya Tidak
 Bila "Ya" mohon penjelasan TS _____

5. Pernahkah TS mengobati pasien dalam 1 (satu) tahun terakhir ini? Ya Tidak
 Apakah TS mengetahui bahwa pasien dalam 1 (satu) tahun terakhir ini mendapatkan pengobatan
 dari dokter lain/rumah sakit? Ya Tidak
 Bila "Ya" mohon penjelasan TS _____

(dr. _____)