



## SURAT PENGANTAR MEDIS

Kepada Yth : Rumah Sakit/Laboratorium Klinik

Biaya pemeriksaan ditanggung oleh:

Bagian : Medical Check Up  
di Tempat

PT. AXA Financial Indonesia

Calon Nasabah

Dengan hormat,

Kami mohon agar dapat dilakukan pemeriksaan kesehatan atas nama Calon Nasabah Kami dengan informasi sebagai berikut:

Nama Tertanggung : \_\_\_\_\_  Laki-laki  Perempuan  
 Tempat dan Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_ Usia : \_\_\_\_\_  
 Nama Pemegang Polis : \_\_\_\_\_  Laki-laki  Perempuan  
 Nama Orangtua : \_\_\_\_\_  Laki-laki  Perempuan  
 Alamat : \_\_\_\_\_ Telp. : \_\_\_\_\_  
 No. SPAJ / Polis : \_\_\_\_\_  
 Indikasi Pemeriksaan : \*Medical Check Up / Permintaan Sendiri / Riwayat Kelainan atau Gangguan:

*\*Coret yang tidak perlu*

Jenis Pemeriksaan yang Diperlukan (beri tanda √):

- PE LPK (khusus untuk anak usia ≤ 16 tahun, **WAJIB menggunakan LPK Anak**)  
 LPK LPK (Laporan Pemeriksaan Kesehatan)  
 A LPK + Urine  
 B LPK + Urine + EKG  
 C LPK + Urine + Darah Lengkap + EKG  
 D LPK + Urine + Darah Lengkap + Treadmill  
 E LPK + Urine + Darah Lengkap + Treadmill + Rontgen Dada  
 F LPK + GDP + HbA1C + Lemak Darah  
 G LPK + Urine + Darah Lengkap + EKG + AFP  
 H LPK + Urine + Darah Lengkap + Treadmill + AFP  
 Lainnya: \_\_\_\_\_

### KETERANGAN:

- PE** : Pemeriksaan Fisik untuk anak usia ≤ 5 tahun **WAJIB dilakukan oleh Dokter Spesialis Anak**;  
 Pemeriksaan Fisik untuk anak usia > 5 tahun dan ≤ 16 tahun dapat dilakukan oleh  
 Dokter Spesialis Anak/Dokter Umum; seluruhnya **WAJIB menggunakan LPK Anak**
- LPK** : Laporan Pemeriksaan Kesehatan/Pemeriksaan Fisik oleh Dokter Umum
- Urine** : Analisa Urine Lengkap
- EKG** : Elektrokardiografi yang disertai dengan Interpretasi dari Dokter Spesialis Jantung/Internist
- Darah Lengkap terdiri dari:**
- Darah Rutin : Hb, Ht, Eritrosit, Lekosit, Trombosit, Hitung Jenis, LED, MCV, MCH, MCHC, Platelet
  - Tes Fungsi Hati : SGOT, SGPT, GGT, Fosfatase Alkali, Bilirubin, HBSAg
  - Tes Fungsi Ginjal : Ureum, Kreatinin, Asam Urat
  - Lemak Darah : Kolesterol Total, HDL, LDL, Trigliserida
  - Gula Darah : Gula Darah Puasa, HbA1C
  - HIV : Human Immunodeficiency Virus
- Rontgen Dada** : Pemeriksaan dengan Sinar X-ray yang disertai dengan Interpretasi dari Dokter Spesialis Radiologi
- Treadmill** : dengan Interpretasi dari Dokter Spesialis Jantung
- PSA** : Prostate Specific Antigen
- AFP** : Alpha Fetoprotein

### CATATAN PENTING UNTUK BAGIAN LABORATORIUM:

1. Jika Protein Urine (+), lakukan pemeriksaan darah untuk Ureum-Kreatinin
2. Jika Glukosa Urine (+), lakukan pemeriksaan Gula Darah Puasa dan HbA1C
3. Jika Calon Tertanggung memiliki riwayat DM, lakukan pemeriksaan Gula Darah Puasa dan HbA1C
4. Jika HBSAg (+), lakukan pemeriksaan HBEAg

Note: Mohon Specimen Darah dapat disimpan jika ada keperluan lebih lanjut

### PERHATIAN UNTUK CALON NASABAH YANG AKAN MELAKUKAN PEMERIKSAAN KESEHATAN:

1. Lakukan pemeriksaan di RS/Laboratorium Klinik yang telah menjadi rekanan PT. AXA Financial Indonesia
2. Membawa ID yang sama dengan saat pengajuan asuransi dan masih berlaku
3. Membawa Surat Pengantar Medis ini
4. Puasa minimal 12 jam jika melakukan Pemeriksaan Darah Lengkap (boleh minum air putih).

Dibuat tanggal : \_\_\_\_\_ Oleh : \_\_\_\_\_ Tanda tangan : \_\_\_\_\_  
 Nama Agen : \_\_\_\_\_ Kode : \_\_\_\_\_ Group : \_\_\_\_\_

Hasil pemeriksaan mohon segera dikirimkan ke PT. AXA Financial Indonesia dengan alamat:  
**UW Helpdesk - New Business Department**  
 AXA Tower Lt.17, Jl. Prof. Dr. Satrio Kav.18 Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia  
 Telp:1500 940 Email: [UWHelpdesk@axa-financial.co.id](mailto:UWHelpdesk@axa-financial.co.id)