

## SURAT KETERANGAN DOKTER TENTANG TULI - BISU - KEBUTAAN

Kepada Yth. Dokter yang merawat,  
Sehubungan dengan pengajuan Klaim Penyakit Kritis oleh Tertanggung dari PT FWD Life Indonesia di bawah ini.  
Mohon dapat mengisi Surat Keterangan Dokter ini. Terima kasih.

**RAHASIA**

No. Polis : .....  
 Nama Tertanggung : .....  
 Tanggal Lahir : .....  
 No. Catatan Medis : .....  
 No. KTP/SIM : .....  
 Pekerjaan : .....  
 Alamat : .....

Nama tersebut di atas adalah Tertanggung pada PT FWD Life Indonesia atas kejadian-kejadian tertentu yang berkaitan dengan kesehatannya. Kami telah menerima pengajuan Klaim sehubungan dengan penyakit yang tertera di atas dan agar kami dapat menilai keabsahan Klaim tersebut, kami sangat mengharapkan kerjasama Anda untuk melengkapi Formulir ini.

Untuk memastikan keabsahan Klaim, definisi Penyakit berikut harus dipenuhi.

### **Bisu (Kehilangan Kemampuan Bicara)**

Kehilangan fungsi berbicara secara total dan tidak bisa disembuhkan sebagai akibat dari kecelakaan atau penyakit pada pita suara.

Ketidakmampuan berbicara ini harus berlangsung secara terus-menerus selama kurun waktu 12 (dua belas) bulan. Diagnosa ditegakkan dengan bukti-bukti pendukung dari Dokter Spesialis Telinga, Hidung dan Tenggorokan (THT).

### **Tuli (Hilangnya fungsi indra pendengaran)**

Kehilangan fungsi pendengaran pada kedua belah telinga secara total dan tidak dapat disembuhkan sebagai akibat dari sakit atau kecelakaan.

Diagnosa ditegakkan oleh Dokter Spesialis Telinga, Hidung dan Tenggorokan (THT) dan didukung oleh hasil audiometri dan uji pendengaran yang disertifikasi oleh Dokter Spesialis THT dimana Tertanggung memiliki ambang dengar di atas 90 (sembilan puluh) desibel.

### **Kebutaan**

Kehilangan fungsi penglihatan dari kedua mata yang total dan tidak dapat disembuhkan sebagai akibat dari rusaknya sistem saraf penglihatan karena penyakit atau kecelakaan.

Diagnosa harus ditegakkan oleh Dokter Spesialis Mata (*Ophthalmologist*).

**Adapun Penyakit yang Anda uraikan berikut ini adalah:** .....

Mohon dapat menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut ini, jika tidak mencukupi jawaban dapat ditulis di balik Formulir atau dilampirkan di sehelai kertas tambahan.

### **A. UMUM**

1. Apakah Anda adalah Dokter langganan Tertanggung?

- a. Ya, sejak kapan?..... / ..... / ..... (tanggal/bulan/tahun)
- b. Tidak

2. Kapan Anda pertama kali memberi konsultasi untuk kondisi ini (tanggal/bulan/tahun), apa dan sejak kapan gejala tersebut timbul?

.....  
 .....

3. Kapankah Tertanggung untuk pertama kali mengetahui tentang penyakitnya?

.....  
 .....

4. Berapa lama gejala tersebut menurut Anda terakhir dirasakan? Mohon jelaskan alasannya.

.....  
 .....

5. Dari anamnesa Anda, apakah Tertanggung sebelumnya pernah menderita penyakit lain yang berhubungan dengan keadaan saat ini? Mohon uraikan jenis penyakit/keluhan apa saja dan sejak kapan diderita.

Jenis Penyakit/Keluhan	Sejak kapan (tanggal/bulan/tahun)
.....	.....
.....	.....
.....	.....

6. Mohon dijelaskan secara rinci kebiasaan Tertanggung yang berhubungan dengan merokok, minuman beralkohol dan obat terlarang. Mohon sebutkan jenisnya dan rata-rata konsumsi per hari.

.....

.....

7. Mohon berikan nama dan alamat Dokter/Spesialis/Rumah Sakit yang pernah dikunjungi Tertanggung sebelumnya.

.....

.....

## B. RINCIAN MEDIS

1. Mohon jelaskan diagnosa Anda secara rinci dan kapan diagnosa tersebut ditegakkan?

.....

.....

2. Mohon jelaskan secara lengkap penyebab dan keadaan dari penyakit atau kecelakaan.

.....

.....

3. Mohon jelaskan apakah kelainan dapat disembuhkan? Bila tidak, organ tubuh mana yang terkena?

.....

.....

4. Bagaimana keadaan Tertanggung saat ini dan bagaimana prognosisnya? Mohon jelaskan secara rinci.

.....

.....

5. Mohon berikan nama Dokter/Spesialis/Rumah Sakit yang Anda rujuk untuk perawatan Tertanggung selanjutnya.

Nama	Alamat
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

6. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan disertai kesimpulan Anda.

.....

.....

7. Menurut pendapat Anda, apakah kondisi yang diderita Tertanggung memenuhi definisi Penyakit yang disebutkan di halaman Pertama? Mohon penjelasannya.

.....

.....

8. Mohon dapat memberikan informasi lainnya, jika ada, yang menurut Anda dapat membantu Kami untuk memproses Klaim ini.

.....

.....

Saya menyatakan bahwa Saya pribadi yang merawat Tertanggung tersebut di atas dan bahwa semua keterangan tentang Tertanggung dalam Pernyataan ini adalah benar sejauh pengetahuan yang Saya miliki dan yakini pada saat ini.

Nama Dokter : .....

Alamat Dokter : .....

No Telepon : .....

Tempat & Tanggal, : .....

.....  
Tandatangan dan Stempel Dokter