

## SURAT KETERANGAN DOKTER TENTANG PENYAKIT HIV YANG DIDAPAT MELALUI TRANSFUSI DAN PEKERJAAN

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.**

### HIV yang didapatkan melalui Transfusi Darah dan Pekerjaan

1. Tertanggung terinfeksi oleh Human Immunodeficiency Virus (HIV) melalui transfusi darah dengan kondisi sebagai berikut:
  - a. Transfusi darah atas indikasi medis dan diberikan sebagai bagian dari pengobatan,
  - b. Sumber infeksi dipastikan berasal dari lembaga yang menyelenggarakan transfusi darah dan lembaga tersebut dapat melacak asal dari darah yang terinfeksi HIV tersebut, dan
  - c. Tertanggung bukan merupakan penderita Thalassemia Major atau Haemophilia.
  
2. Infeksi Human Immunodeficiency Virus (HIV) didapatkan dari suatu kecelakaan akibat dari pekerjaannya selama Tertanggung melaksanakan tanggungjawab profesi yang normal dari pekerjaannya di Indonesia, dengan mengikuti bukti dan ketentuan yang ada di perusahaan sebagai berikut:
  - a. Infeksi HIV yang timbul dikarenakan kecelakaan akibat dari pekerjaannya tersebut harus dalam waktu 30 (tiga puluh) hari sejak tanggal kecelakaan terjadi, dan
  - b. Bukti bahwa kecelakaan akibat dari pekerjaannya tersebut adalah penyebab timbulnya infeksi HIV, dan
  - c. Bukti bahwa sero-conversion dari HIV negatif menjadi HIV positif terjadi dalam waktu 180 (seratus delapan puluh) hari setelah kecelakaan terjadi. Bukti ini harus dilengkapi dengan melakukan tes antibodi HIV negatif dalam waktu 5 (lima) hari sejak tanggal kecelakaan akibat dari pekerjaannya.

**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. Menurut Tertanggung sudah berapa lama gejala Penyakit tersebut dirasakan?  
.....  
.....
  
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. Kapankah Tertanggung untuk pertama kali mengetahui tentang penyakitnya?

.....

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

.....

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

.....

## B. RINCIAN MEDIS

1. Mohon jelaskan secara rinci diagnosa Anda terhadap Tertanggung dan sejak kapan diagnosa itu ditegakkan (tanggal/bulan/tahun)?

.....

2. Mohon jelaskan secara rinci penyakit yang ada dan kapan gejala penyakit tersebut mulai timbul.

.....

3. Mohon dilampirkan laporan medis, hasil laboratorium (lab darah, fungsi lumbal, CT Scan atau MRI, dll) dan hasil-hasil tes yang mendukung diagnosa penyakit di atas beserta kesimpulan Anda

.....

4. Pengobatan apa yang sedang dilakukan untuk pemulihan dan obat apa yang sedang diberikan saat ini?

.....

5. Apakah penyakit yang diderita saat ini adalah Penyakit Primer atau komplikasi dari penyakit lainnya? Mohon jelaskan.

.....

6. Jika bukan merupakan Penyakit Primer, mohon penjelasan secara rinci komplikasi dari penyakit apa dan sejak kapan diderita.

.....

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

Nama

Alamat

.....

.....

.....

.....

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

.....

9. 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