

## SURAT KETERANGAN DOKTER TENTANG PENYAKIT KELUMPUHAN-HILANGNYA KEMANDIRIAN HIDUP

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.

### Kelumpuhan

Hilangnya secara total dan permanen atas fungsi dua atau lebih anggota gerak sebagai akibat Kecelakaan, atau kelalaian dari saraf tulang belakang, yang berlangsung terus menerus selama minimum 6 (enam) minggu.  
Diagnosa harus ditegakkan oleh Dokter Spesialis Saraf.

### Hilangnya kemandirian hidup

Hilangnya kemandirian hidup dimana terjadi ketidakmampuan permanen untuk melakukan 3 (tiga) dari 5 (lima) aktivitas hidup sehari-hari dengan atau tanpa alat pendukung, alat khusus atau alat bantu lain, yang terjadi selama 6 (enam) bulan berturut-turut.  
Hilangnya kemandirian hidup ini harus dikonfirmasi oleh Dokter Spesialis.

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 diagnosa secara rinci dan kapankah diagnosa tersebut ditegakkan.

.....

.....

2. Mohon jelaskan secara rinci lokasi anggota tubuh yang mengalami Kelumpuhan.

.....

.....

3. Mohon jelaskan sebab terjadinya Kelumpuhan.

.....

.....

4. Mohon jelaskan Tomus dan kekuatan otot anggota tubuh yang mengalami Kelumpuhan.

.....

.....

5. Dari kegiatan sehari-hari ini, mana yang sudah tidak mampu dilakukan oleh Tertanggung: mandi, berpakaian, menggunakan kamar kecil, makan dan kemampuan untuk naik/turun tempat tidur atau kursi (beralih tempat)? Sudah sejak kapan ketidakmampuan ini berlangsung? (tanggal/bulan/tahun)

.....

.....

6. Mohon kami dilampirkan laporan medis, hasil laboratorium dan hasil-hasil test yang mendukung diagnosa Penyakit di atas yang telah Anda lakukan beserta kesimpulan Anda.

.....

.....

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

Nama

Alamat

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

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

.....

.....

10. 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