

SURAT KETERANGAN DOKTER TENTANG KOMA

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.

Koma

Keadaan tidak sadar tanpa adanya reaksi atau respons terhadap rangsangan dan memenuhi kriteria di bawah ini:

- a. Tidak adanya respon terhadap rangsang eksternal atau kebutuhan internal yang berlangsung terus-menerus sehingga memerlukan alat penunjang kehidupan, termasuk respirator, selama sedikitnya 96 (sembilan puluh enam) jam.
- b. Defisit neurologis yang permanen selama minimum 42 (empat puluh dua) hari yang ditegakkan oleh Dokter Spesialis Saraf.

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. 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)

4. Kapankah Tertanggung untuk pertama kali mengetahui tentang penyakitnya?
.....

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

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.
.....

B. RINCIAN MEDIS

1. Mohon jelaskan diagnosa Anda secara rinci mengenai cedera, penyakit atau kondisi yang menyebabkan Koma, termasuk saat terjadinya.

.....

2. Berapa lama (jam) Tertanggung dalam keadaan Koma?

.....

3. Alat bantu apa yang diperlukan untuk menunjang kehidupan Tertanggung?

.....

4. Pemeriksaan apa saja yang telah dilakukan untuk menentukan keadaan dari Koma? (Mohon lampirkan hasil pemeriksaan tersebut).

.....

5. Menurut Anda, apakah Tertanggung mengalami keterbatasan, baik secara fisik maupun mental, yang timbul sebagai akibat dari Koma tersebut? Jika Ya, mohon jelaskan.

.....

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

Nama

Alamat

.....
.....
.....
.....

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