

SURAT KETERANGAN DOKTER TENTANG TRANSPLANTASI ORGAN VITAL TUBUH-TERMINAL ILLNESS

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.

Transplantasi Organ Vital Tubuh

Mengalami operasi sebagai penerima transplantasi dari:

- a. Sumsum tulang manusia (*hematopoietic stem cells*) yang didahului oleh ablasi total sumsum tulang; atau
- b. Satu dari organ-organ manusia yaitu: Ginjal, Jantung, Hati, Paru-Paru, atau Pankreas, sebagai akibat dari kegagalan tahap akhir dari fungsi organ tersebut.

Terminal Illness

Dalam kondisi penyakit atau stadium akhir yang diderita Tertanggung berdasarkan diagnosa dari Dokter Pemeriksa serta hal tersebut telah disetujui oleh Dokter kami bahwa harapan hidup Tertanggung kurang dari 12 (dua belas) bulan.

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

- Apakah Anda adalah Dokter langganan Tertanggung?
 - a. Ya, sejak kapan? / / (tanggal/bulan/tahun)
 - b. Tidak
- Kapan Anda pertama kali memberi konsultasi untuk kondisi ini (tanggal/bulan/tahun), apa dan sejak kapan gejala tersebut timbul?
(Keadaan dimana Tertanggung menderita Penyakit yang mengakibatkan fungsi organ tersebut sudah memasuki Penyakit tahap akhir).
.....
- 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)
- Kapankah Tertanggung untuk pertama kali mengetahui tentang penyakitnya?
.....
- Berapa lama gejala tersebut menurut Anda terakhir dirasakan? Mohon jelaskan alasannya.
.....

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

.....

.....

2. Mohon penjelasan berikut:

- | | | |
|---|--|--------------------------------|
| a. Apakah penyakit fungsi organ ini sudah memasuki tahap akhir? | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| b. Apakah sebelumnya Tertanggung telah menjalani pengobatan secara teratur? | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| c. Apakah transplantasi organ telah dilakukan? | <input type="checkbox"/> Ya, / / (tanggal/bulan/tahun) | <input type="checkbox"/> Tidak |
| d. Jika belum, apakah ada rencana transplantasi? | <input type="checkbox"/> Ya, / / (tanggal/bulan/tahun) | <input type="checkbox"/> Tidak |

3. Bila Tertanggung didiagnosa Terminal Illness, apakah Anda dapat memprediksikan harapan hidup Tertanggung? Mohon uraikan berapa lama (tahun) dan atas dasar apa?

.....

.....

4. Mohon dilampirkan laporan medis, hasil laboratorium dan hasil-hasil tes yang mendukung diagnosa penyakit di atas beserta kesimpulan Anda.

.....

.....

5. Tindakan dan pengobatan apa yang sedang dilakukan untuk pemulihan dan saat ini obat apa saja yang sedang diberikan kepada Tertanggung?

.....

.....

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