RAHASIA / CONFIDENTIAL

ZURICH

Surat Keterangan Dokter
Medical Certificate
(Diisi oleh Dokter yang Merawat)

- ◯ Koma
  Coma
- ◯ Occupationally Acquired HIV
- ◯ Terminal Illness

Pasien/Tertanggung
Patient/life assured _____

Tanggal Lahir (tanggal/bulan/tahun)
Date of birth (dd/mm/yyyy) ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

No. Registrasi/Rekam Medis
Registration/Medical Record No. _____

Nama tersebut di atas adalah Tertanggung pada PT. Zurich Topas Life. Kami telah menerima pengajuan klaim sehubungan dengan Penyakit Kritis yang tertera di atas agar kami dapat menilai keabsahan klaim tersebut di atas kami sangat mengharapkan kerjasama Dokter untuk melengkapi formulir ini.
The name above is insured with PT Zurich Topas Life. A claim has been submitted in connection with Critical Illness listed above and we can assess validity of claim, we would be grateful for your cooperation in the completion of this form
.

A Informasi Umum
General Information

1. Kapan pertama kali memberikan konsultasi untuk penyakit yang dideritanya saat ini?
   When were you first consulted for this current condition?
   _____
   _____
   _____

2. Kapan Pasien/Tertanggung pertama kali mengetahui dirinya menderita penyakit ini?
   When did Patient/Life Assured first become aware of his/her illness?
   _____
   _____

3. Mohon jelaskan gejala dan perjalanan penyakitnya, beserta tanggal dan durasinya
   Please describe the symptoms and history of the disease, date and duration

Tanggal *Date*	Gejala /Penyakit *Symptoms/Disease*	Durasi *Duration*

4. Mohon jelaskan diagnosis dan kapan diagnosis tersebut ditegakkan
   Please provide us your detailed diagnosis and when the diagnosis was established

Tanggal *Date*	Diagnosis *Diagnose*

5. Apakah penyebab penyakit ini termasuk cacat bawaan?
   Is current condition caused by congenital factors?
   ◯ Ya *Yes* ◯ Tidak *No*

6. Mohon jelaskan penyebab atau faktor resiko yang mempermudah timbulnya penyakit ini
   Please describe cause, or risk factors which precipitate this particular disease

Penyebab atau factor resiko *Cause or risk factors*	Sejak Kapan *First detected*

7. Tindakan medis, pengobatan dan saran apa saja yang telah diberikan dan tujuannya
Please describe any medication or suggestions given to the patient and the purpose of such medications/suggestions.

Tanggal *Date*	Jenis tindakan medis pengobatan/saran *Type of medication/suggestion*

8. Bagaimana prognosis dalam 12 bulan mendatang?
What is the prognosis in the next 12 months?

- ◯ Baik, pulih 100%
  Good , 100% recovered
- ◯ Tidak ada kemungkinan pulih, karena bersifat permanen
  No possibility of recovery,permanent disorder
- ◯ Selamanya membutuhkan alat bantu berupa
  Permanently need aids, i.e.:
- ◯ Lainnya :
  Others :

B Rincian Medis / Medical Details

1. Mohon jelaskan secara rinci dasar dari ditegakkannya diagnosis penyakit ini.
Based on what evidence do you establish the diagnosis; please describe in detail

2. Mohon jelaskan pemeriksaan yang sudah dilakukan
Please provide us your detailed any test or laboratory

Tanggal *Date*	Jenis pemeriksaan / laboratorium *Type of test / laboratory*	Hasil *Result*

* Mohon melampirkan semua hasil pemeriksaan medis/ *Please attached all medical exams result*

3. Untuk Koma / *for Coma*

a. Mohon penjelasan diagnosa dokter secara rinci mengenai cidera,penyakit atau kondisi yang menyebabkan koma, termasuk pada saat terjadinya / *Please explain in detail the doctor's diagnosis of injury, disease or condition,cause coma, including at the time of occurrence.*

b. Berapa lama (jam) pasien/tertanggung dalam keadaan koma?
How long (hours) of patient/life assured in a coma

c. Alat bantu kehidupan apa saja yang diperlukan untuk menunjang kehidupan pasien/tertanggung?
What life support tools are need to treatment the patient / life assured?

d. Pemeriksaan apa saja yang telah dilakukan untuk menentukan keadaan dari koma termasuk pemeriksaan neurologis??
What kind of examination has been done to determine the state of coma include neurological examination?

e. Apakah terjadi defisit neurologis permanen? ◯ Ya ◯ Tidak
Did permanent neurological impaired occurred? *Yes* *No*
Jika Ya, mohon sebutkan
If Yes, please explain

f. Apakah koma dalam kasus ini disebabkan oleh?
Is coma in this case is caused by?

◯ Alkohol / *Alcohol*

◯ Obat-obatan / *Drugs*

◯ Lainnya, mohon sebutkan / *others, please explain*

4. Untuk HIV / *for HIV*

a. Apakah penyebab infeksi HIV pada pasien/tertanggung ini?
What is the cause of HIV infection in this patient/life assured?

◯ Transfusi darah
Blood transfusion

◯ Hubungan sexual
Sexual transmitted

◯ Penggunaan obat melalui jalur intravena (jarum suntik)
Intravenous drug use (needles)

◯ Lainnya, mohon jelaskan
Others, please explain

b. Mohon sebutkan pemeriksaan yang sudah dilakukan
Please, provide us your detailed any test or laboratory

Tanggal	Jenis pemeriksaan / laboratorium	Hasil

5. Mohon tuliskan informasi lainnya yang menurut dokter dapat membantu kami untuk memproses klaim ini
Please write any information which could assist us in assessing this claim

Saya sebagai dokter yang memeriksa/merawat pasien/tertanggung tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan benar
I hereby declare that the foregoing answers are each and all true to the best of my knowledge and belief

Dokter / *Doctor*

Rumah Sakit/ *Hospital*

Alamat Rumah Sakit/ *Hospital Address*

Tempat & Tanggal
Place & Date

Tandatangan Dokter
Doctor's Signature

Cap Rumah Sakit
Stamp of the Hospital