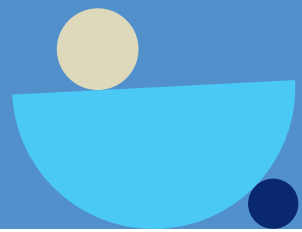


# Surat Keterangan untuk Dokter Penyakit Kritis

## Medical Certificate For Critical Illness



### Diisi oleh Dokter yang Merawat

Filled by Treating Doctor

Nama Pasien/Tertanggung \_\_\_\_\_

Name Patient/Insured

Tanggal lahir (Tanggal/bulan/tahun) \_\_\_\_\_

Date of birth (Date/month/year)

d	d	m	m	y	y

Nama di atas adalah Tertanggung pada PT. Zurich Topas Life. Kami telah menerima pengajuan klaim terkait dengan Penyakit Kritis yang tertera di atas. Kami berharap Dokter yang merawat melengkapi formulir ini agar kami dapat menilai keabsahan klaim dari Tertanggung.

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.

No. Registrasi/Rekam Medis \_\_\_\_\_

Registration No./Medical Record

### Mohon memberikan tanda checklist (✓) pada jenis penyakit yang diderita pasien Anda

Please give a check mark on the list of Critical Illness that affected your Patient

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>KANKER</b><br>CANCER   | <input type="checkbox"/> <b>KETULIAN</b><br>DEAFNESS                                     | <input type="checkbox"/> <b>HIV YANG DIDAPKAN KARENA PEKERJAAN</b><br>HIV DUE TO PROFESSION                     |
| <input type="checkbox"/> <b>PENYAKIT ALZHEIMER</b><br>ALZHEIMER'S DISEASE                              | <input type="checkbox"/> <b>PENYAKIT KAKI GAJAH</b><br>FILARIASIS                        | <input type="checkbox"/> <b>PENYAKIT ARTERI KORONER SERIUS LAINNYA</b><br>OTHER SERIOUS CORONARY ARTERY DISEASE |
| <input type="checkbox"/> <b>ANGIOPLASTI</b><br>ANGIOPLASTY   | <input type="checkbox"/> <b>ENSEFALITIS</b><br>ENCEPHALITIS                              | <input type="checkbox"/> <b>KELUMPUHAN</b><br>PARALYSIS   |
| <input type="checkbox"/> <b>SINDROM APALLIC</b><br>APALLIC SYNDROME                                    | <input type="checkbox"/> <b>HEPATITIS VIRUS FULMINAN</b><br>FULMINANT HEPATITIS          | <input type="checkbox"/> <b>PENYAKIT PARKINSON</b><br>PARKINSON'S DISEASE                                       |
| <input type="checkbox"/> <b>ANEMIA APLASTIK</b><br>APLASTIC ANAEMIA                                    | <input type="checkbox"/> <b>SERANGAN JANTUNG</b><br>HEART ATTACK                         | <input type="checkbox"/> <b>POLIOMIELITIS</b><br>POLIOMYELITIS  |
| <input type="checkbox"/> <b>MENINGITIS BAKTERI</b><br>BACTERIAL MENINGITIS                             | <input type="checkbox"/> <b>BEDAH KATUP JANTUNG</b><br>HEART VALVE SURGERY               | <input type="checkbox"/> <b>HIPERTENSI ARTERI PULMONAL</b><br>PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION                   |
| <input type="checkbox"/> <b>TUMOR JINAK OTAK</b><br>BENIGN BRAIN TUMOR                                 | <input type="checkbox"/> <b>GAGAL GINJAL</b><br>KIDNEY FAILURE                           | <input type="checkbox"/> <b>AMPUTASI ANGGOTA GERAK TUBUH</b><br>LIMBS AMPUTATION                                |
| <input type="checkbox"/> <b>KEBUTAAN</b><br>BLINDNESS  | <input type="checkbox"/> <b>HILANGNYA KEMANDIRIAN HIDUP</b><br>LOSS OF LIFE ABILITY      | <input type="checkbox"/> <b>RHEMATOID ARTHRITIS BERAT</b><br>SEVERE RHEUMATOID ARTHRITIS                        |
| <input type="checkbox"/> <b>KERUSAKAN OTAK/TRAUMA KEPALA SERIUS</b><br>BRAIN DAMAGE/SEVERE HEAD INJURY | <input type="checkbox"/> <b>HILANGNYA KEMAMPUAN BICARA</b><br>LOSS OF SPEECH             | <input type="checkbox"/> <b>STROKE</b><br>STROKE  |
| <input type="checkbox"/> <b>BEDAH OTAK</b><br>BRAIN SURGERY  | <input type="checkbox"/> <b>LUKA BAKAR BERAT</b><br>SEVERE BURN INJURY                   | <input type="checkbox"/> <b>BEDAH PEMBULUH DARAH AORTA</b><br>AORTA SURGERY                                     |
| <input type="checkbox"/> <b>CARDIOMYOPATHY</b><br>CARDIOMYOPATHY                                       | <input type="checkbox"/> <b>TRANSPLANTASI ORGAN UTAMA</b><br>MAJOR ORGAN TRANSPLANTATION | <input type="checkbox"/> <b>TERMINAL ILLNESS</b><br>TERMINAL ILLNESS  |
| <input type="checkbox"/> <b>PENYAKIT PARU TAHAP AKHIR KRONIK</b><br>END STAGE CHRONIC LUNG DISEASE     | <input type="checkbox"/> <b>PENYAKIT KISTA MEDULLARE</b><br>MEDULLARE CYST               | <input type="checkbox"/> <b>PANKREATITIS NEKROTIK AKUT</b><br>ACUTE NECROTIC PANCREATITIS                       |
| <input type="checkbox"/> <b>PENYAKIT HATI KRONIK</b><br>CHRONIC LIVER DISEASE                          | <input type="checkbox"/> <b>PENYAKIT MOTOR NEURON</b><br>MOTOR NEURONE DISEASE           | <input type="checkbox"/> <b>SKLERODERMA YANG PROGRESIF</b><br>PROGRESIF SKLERODERMA                             |
| <input type="checkbox"/> <b>KOMA</b><br>COMA   | <input type="checkbox"/> <b>SKLEROSIS MULTIPLE</b><br>SKLEROSIS MULTIPLE                 | <input type="checkbox"/> <b>PANKREATITIS KRONIK BERULANG</b><br>CHRONIC REPEAT PANCREATITIS                     |
| <input type="checkbox"/> <b>BEDAH PADA PENYAKIT JANTUNG KORONER</b><br>CORONARY HEART SURGERY          | <input type="checkbox"/> <b>DISTROFI MUSKULAR</b><br>MUSCULAR DYSTROPHY                  |   |

### Informasi Umum

General Information

Kapan pertama kali memberikan konsultasi untuk penyakit yang dideritanya saat ini?

When were you first consulted for this current condition?

d	d	m	m	y	y

Kapan Pasien/Tertanggung pertama kali mengetahui dirinya menderita penyakit ini?

When did Patient/Life Insured first become aware of his/her illness?

d	d	m	m	y	y

Mohon jelaskan bentuk gejala dan riwayat penyakitnya, beserta tanggal dan lamanya penyakit yang dideritanya?

Please describe the symptoms and history of the disease, date and duration?

Tanggal Date

d	d	m	m	y	y

d	d	m	m	y	y

Gejala Symptoms

---

---

Durasi Duration

---

---

Mohon jelaskan diagnosis dan kapan diagnosis tersebut ditegakkan?

Please provide us your detailed diagnosis and when the diagnosis was established?

Tanggal Date

/  /

/  /

d d m m y y y y

## Bagian 1. Kanker

Section 1. Cancer

Apakah termasuk kanker in situ?

Ya Yes

Tidak No

Is it an in situ cancer?

Mohon jelaskan TNM staging-nya. Untuk Leukimia, mohon jelaskan jenisnya.

Please describe the TNM stages or for Leukemia, please explain the type

Jika sudah ada metastasis, ke organ mana?

If it has spread, please mention the organ

\*) Mohon lampirkan laporan Patologi Anatomi (PA)

\*) Please attach post surgery Pathology Anatomy report.

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

## Bagian 2. Penyakit Alzheimer, Penyakit Motor Neuron, Multiple Sclerosis, Muscular Dystrophy, Hilangnya Kemandirian Hidup, Penyakit Parkinson, Poliomyelitis

Section 2. Alzheimer's Disease, Motor Neuron Disease, Multiple Sclerosis, Muscular Dystrophy, Loss of Independent Existence, Parkinson Disease, Poliomyelitis

Mohon jelaskan secara rinci dasar dari ditegakkannya diagnosis penyakit ini.

Based on what evidence do you establish the diagnosis; please describe in detail

Mohon lampirkan hasil pemeriksaan diagnostik yang telah dilakukan.

Please provide us your detailed any diagnostic test

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

Mohon jelaskan sejauh mana tingkat defisit neurologis maupun gangguan intelektual Pasien/Tertanggung

Please describe the extent of the neurologic deficits as well as the intellectual imbalance of the Patient/Life Insured

Tingkat defisit neurologis/gangguan intelektual Neurologic deficit and or intellectual imbalance

Apakah Pasien/Tertanggung membutuhkan pengawasan/bantuan yang permanen dalam melaksanakan aktivitas sehari-hari?

Does the patient/Life Insured need a permanent assistance in his/her daily activities?

Ya, Mohon jelaskan pemeriksaan diagnostik yang telah dilakukan.

Please provide us your detailed any diagnostic test or laboratory

Tidak No

Apakah Pasien/Tertanggung mengalami gangguan untuk melakukan Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (ADLs) seperti di bawah ini?

Does the Patient has permanent inability to do (ADLs) Activities Daily Livings as follows :

Berpakaian: kemampuan untuk memakai dan menanggalkan pakaian sendiri tanpa bantuan orang lain

Dressing: the ability to put and take off clothing without assistance.

Ya Yes

Tidak No

Bergerak: kemampuan untuk pindah dari ruang ke ruang sendiri tanpa bantuan orang lain

Mobility: the ability to move from room to room without physical assistance

Ya Yes

Tidak No

Berpindah: kemampuan naik ke maupun turun dari tempat tidur, atau duduk maupun bangkit dari kursi sendiri tanpa bantuan orang lain

Transfer: the ability to get in and out of bed or chair without assistance

Ya Yes

Tidak No

Pembuangan: kemampuan untuk mengontrol sistem pembuangan tubuh

Continence: the ability to control bowel and bladder function

Ya Yes

Tidak No

Makan: kemampuan untuk menyuapkan makanan dari piring ke mulut sendiri tanpa bantuan orang lain

Feeding: the ability to get food from a plate into the mouth without assistance

Ya Yes

Tidak No

Mandi: kemampuan untuk membersihkan badan di kamar mandi sendiri tanpa bantuan orang lain

Bathing and showering: the ability to bathe and shower without

Ya Yes

Tidak No

Apakah terdapat bukti adanya defisit neurologik yang permanen?

Are there any evidence of permanent neurologic deficits?

Ya Yes  
dalam bentuk  
in the form

Tidak No  
Pasien/Tertanggung dapat kembali melakukan semua aktivitas sehari-hari secara normal sejak:  
The patient/Life insured was able to perform normal daily activities since:

/  /

Mohon berikan penjelasan:  
Please give the explanation:

### Untuk Multiple Sclerosis

Apakah ada kelainan yang menetap yang melibatkan dari (pilih yang paling sesuai lingkaran di bawah ini)

For Multiple Sclerosis, are there any settled disorders that involve (select most that best fits the circle below)

Saraf Optik  
Optic Nerve

Batang otak  
Brain Stem

Tulang Belakang  
Spinal cord

Fungsi Saraf Sensorik  
Sensory function

### Untuk Muscular Dystrophy For Muscular Dystrophy:

Apakah terdapat kalimat yang melibatkan kelainan menetap yang terlibat:

Is there a sentence that involves a permanent disability involved?

Ada gangguan sensorik  
Sensory disturbance

Ya Yes

Tidak No

Reflex Tendon  
Tendon reflex

Normal Normal

Meningkat Increase

Menurun Decrease

Pemeriksaan khusus seperti:

Specific exams as:

Biopsi Otot  
Muscle biopsy

Ya Yes

Tidak No

Elektromiogram  
Electromyogram

Ya Yes

Tidak No

Hasil Result:

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

### Bagian 3. Bedah Katup Jantung, Bedah Pembuluh Darah Aorta, Kardiomiopati, Penyakit Arteri Koroner Serius Lainnya, Bedah Pembuluh Darah Jantung Koroner, Hipertensi Arteri Pulmoner

Section 3. Heart Valve Surgery, Surgery to Aorta, Cardiomyopathy, other serious coronary arterial disease, Coronary Artery Disease Surgery, Pulmonary Arterial Hypertension

Apakah ada pemeriksaan EKG yang menandakan miokardial infark akut?

Are there any abnormalities on the ECG indicating acute myocardial infarction?

Ya Yes

Tidak No

Dilakukan tanggal

Date

/  /

Hasil EKG:

Result ECG test is

\*Mohon melampirkan hasil EKG / Please attached ECG result

Apakah ada nilai fraksi ejeksi ventrikel kiri di bawah 50%?

Is the Left Ventricle Ejection Fraction less than 50%?

Ya Yes

Tidak No

Dilakukan tanggal

Date

/  /

Apakah terjadi ketidakmampuan jantung sesuai dengan New York Heart Association (NYHA)?

Has cardiac impairment occurred which fulfilled the New York Heart Association (NYHA)?

Ya Yes

Tidak No

Jika YA, mohon sebutkan kategori NYHA Class untuk kondisi Tertanggung/Pasien ini

If Yes, please stated the NYHA Class for life insured condition's

Apakah dilakukan pemeriksaan enzim-enzim jantung?

Was cardiac enzymes test done?

Ya Yes

Tidak No

Kapan telah dilakukan pemeriksaan enzim-enzim jantung?

When was the cardiac enzymes test conducted?

/  /

Nilai CK-MB

CK-MB value

Nilai Normal

Normal value

Nilai Troponin T

Troponin T value

Nilai Normal

Normal value

Nilai Troponin I

Troponin I value

Nilai Normal

Normal value

Jika terdapat sumbatan pada pembuluh darah berikut, mohon lengkapi

If there are occlusions to the following blood vessels, please filled in necessary row

Sumbatan/occlusion \_\_\_\_\_ %

Left Main Coronary Artery :

Sumbatan/occlusion \_\_\_\_\_ %

Circumflex Artery

Sumbatan/occlusion \_\_\_\_\_ %

Left Anterior Descending Artery

Sumbatan/occlusion \_\_\_\_\_ %

Right Coronary Artery

\*Mohon melampirkan hasil angiografi yang menandakan sumbatan di atas.

\*Please attached angiography results confirming above occlusions

Apakah penyebab penyakit saat ini termasuk cacat bawaan?

Is current heart condition caused by congenital factors

Ya Yes

Tidak No

Mohon jelaskan penyebab atau faktor resiko yang mempermudah timbulnya penyakit ini

Please describe cause, or risk factors which precipitate this particular disease

Apakah operasi telah dilakukan?

Has any operation been done

Ya Yes

Tidak No

Jika YA, mohon beri tanda

If YES, please tick the necessary box below

Operasi katup jantung

Heart Valve Surgery

Operasi By-pass Jantung

Coronary Artery Bypass Graft (CABG)

Pemasangan alat pacemaker jantung permanen

Insertion of a permanent cardiac pacemaker

Tindakan lainnya, mohon jelaskan

Other operations, please explain

Operasi torakotomi atau laparotomi pada Aorta

Aorta Surgery via thoracotomy or laparotomy

Balloon

Stenting Angioplasty

Pericardiectomy

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

#### Bagian 4. Meningitis Bakteri, Kerusakan Otak/Trauma Kepala Serius, Radang Otak, Sindroma Apalic, Tumor Jinak Otak, Bedah Otak, Stroke

Section 4. Bacterial Meningitis, Brain Damage/Major Head Trauma, Encephalitis, Apallic Syndrome, Benign Brain Tumour, Brain Surgery, Stroke

Mohon jelaskan secara rinci dasar dari ditegakkannya diagnosis penyakit ini.

Based on what evidence do you establish the diagnosis; please describe in detail

Mohon jelaskan pemeriksaan yang sudah dilakukan

Please provide us your detailed any test or laboratory

Tanggal Date

/  /

/  /

d d m m y y y y

Jenis Pemeriksaan Type of test

Hasil Result

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

Mohon jelaskan sejauh mana tingkat defisit neurologis maupun gangguan intelektual Pasien/Tertanggung

Please describe the extent of the neurologic deficits as well as the intellectual disorder of the Patient/Life Assured

Tanggal Date

/  /

/  /

d d m m y y y y

Tingkat defisit neurologis/gangguan intelektual Neurologic deficit and or intellectual disorder

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

Mohon beri tanda kelainan atau bentuk kelainan yang terjadi di otak dan atau jaringan otak

Please indicate type of defect or the abnormalities has occurred in the brain and or tissue of brain

infark Infarct

Emboli Emboli

Pendarahan Haemorrhage

Trombosis Thrombosis

Kista Cyst

Abses Abscess

Hematom Haematoma

Granuloma Granuloma

Tumor Kelenjar Pituitary

Pituitary gland tumour

Tumor Sumsum Tulang Belakang

Bone marrow tumour

Malformasi dalam atau pada pembuluh darah

Arterio-venous malformation

Lainnya, mohon jelaskan

Other, please

Apakah operasi telah dilakukan  
*Has any surgery been done ?*

Ya Yes  Tidak No

Jika Ya, mohon beri tanda  
*If Yes, please tick the necessary box below*

- Operasi Pengangkatan Tumor *Removal of brain tumour*  
 Burr Hole Surgery *Drainage*  
 Tindakan lainnya, mohon jelaskan  
*Other operations, please*

- Operasi Rekonstruksi/Restorasi di atas leher  
*Re-contruction surgery above the neck*  
 Kraniotomi *Craniotomy*

Apakah terdapat bukti adanya defisit neurologik yang permanen?  
*Are there any evident of permanent neurologic deficits?*

Ya Yes  
dalam bentuk *in the form of*

Tidak No  
Pasien/Tertanggung dapat kembali melakukan semua aktivitas sehari-hari secara normal sejak:  
*The patient/life assured was able to perform normal daily activities since:*

Untuk Stroke, apakah kondisi ini merupakan Transient Ischemic Attack?  
*Only Stroke, is this condition a transient ischemic attack*

Ya Yes  Tidak No

Apakah diagnosis ini disebabkan atau berkaitan dengan infeksi HIV?  
*Is the diagnosis caused or related with HIV infection*

Ya Yes  Tidak No

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*

## Bagian 5. Penyakit Hati Kronis, Penyakit Paru Kronik, Hepatitis Viral Fulminan, Mayor Transplantasi Organ, Pankreatitis Nekrotis, Gagal Ginjal, Pankreatitis Kronik Berulang

*Section 5. Chronic Liver Disease, Chronic/End Stage Lung Disease, Fulminant Viral Hepatitis, Major Transplant Organ, Necrotic Pancreatitis, Kidney Failure, Chronic Relapsing Pancreatitis*

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

Mohon jelaskan pemeriksaan diagnostik yang sudah dilakukan  
*Please provide us your detailed any diagnostic test*

Tanggal Date	Jenis Pemeriksaan Type of test	Hasil Result
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

### Untuk Penyakit Hati

*for Liver Disease*

- Terdapat ascites  
*Ascites*  Ya Yes  Tidak No
- Jaundice yang permanent  
*Permanent jaundice*  Ya Yes  Tidak No
- Varises oesophagus atau gaster  
*Oesophageal or gastric varices*  Ya Yes  Tidak No
- Hati yang mengecil dengan cepat  
*Rapid decrease in liver size*  Ya Yes  Tidak No
- Nekrosis pada seluruh lobus hati  
*Necrosis of entire liver lobules*  Ya Yes  Tidak No
- Penurunan cepat tes fungsi hati  
*Rapid degeneration of liver function test*  Ya Yes  Tidak No
- Hepatic Encephalopathy  
*Hepatic Encephalopathy*  Ya Yes  Tidak No

### Untuk Penyakit Paru

*For Lung Disease*

- Apakah kondisi ini merupakan status asthmaticus?  
*Does this condition a status asthmaticus?*  Ya Yes  Tidak No
- Jika Ya, apakah diharuskan rawat inap dengan alat bantu ventilator mekanik  
*If Yes, is required for hospitalization and assisted a mechanical ventilator*  Ya Yes  Tidak No
- Apakah sudah diharuskan pemasangan vena-cava filter untuk kondisi emboli parunya?  
*Is it required to insertion vena-cava filter for pulmonary embolus?*  Ya Yes  Tidak No
- Apakah sudah didiagnosis sebagai penyakit paru kronik stadium tahap akhir?  
*Is the diagnosis confirmed to be terminal stage for chronic pulmonary disease?*  Ya Yes  Tidak No

Apakah sudah diperlukan terapi suplementasi oksigen permanen untuk kondisi hipoksemianya?

Has permanent supplementary oxygen therapy required for the hypoxemia?

Ya Yes  Tidak No

Apakah sudah timbul sesak nafas walaupun sedang beristirahat

Is dyspnea occurred at rest?

Ya Yes  Tidak No

Apakah pada analisa gas darah arteri terdapat adanya PaO<sub>2</sub> < 55mmHg?

Is there arterial blood gas analyses with PaO<sub>2</sub><55mmHg?

Ya Yes  Tidak No

Apakah sudah terdapat bukti hasil tes fungsi paru FEV<sub>1</sub> < 1 liter secara konsisten

Is there any proof from the pulmonary function test showing a consistent FEV<sub>1</sub> result less than 1 litre?

Ya Yes  Tidak/ No

### Untuk Penyakit pada Ginjal

For Kidney Disease

Gagal Ginjal terjadi pada

The kidney failure has occurred to :

Ginjal kiri  
Left kidney

Ginjal kanan  
Right kidney

Kedua Ginjal  
Both of kidney

Apakah Gagal Ginjal sudah pada tahap terminal

Is the kidney failure in terminal stage?

Ya Yes  Tidak No

Pasien/Tertanggung harus menjalani hemodialisis atau dialisis peritoneal secara teratur?

Does the Patient/Life Assured need to have a regular hemodialysis or peritoneal dialysis?

Ya Yes  Tidak No

Apakah telah dilakukan pengangkatan ginjal?

Has performed removal of kidney?

Jika Ya, mohon sebutkan pada satu ginjal atau dua ginjal

If yes, please state for a kidney or both

Ya 1 ginjal  
Yes, 1 kidney

Ya 2 ginjal  
Yes, 2 kidneys

Tidak  
No

### Untuk Mayor Transplantasi Organ

For Major Transplant Organ

Apakah transplantasi organ tubuh sudah dilaksanakan?

Has organ transplant been carried out

Ya Yes  
dilakukan tanggal dated

/  /   
d d m m y y y y

Mohon sebutkan organ yang ditransplantasikan

Please stated the transplanted organ

Jika transplantasi organ belum dilaksanakan

If the organ transplant has not been performed:

Tertanggung sudah resmi terdaftar sebagai resipien dan transplansi akan dilakukan tanggal

The insured is officially registered as a recipient and transplant will be done

/  /   
d d m m y y y y

Transplantasi tidak perlu dilakukan

No transplantation needed

### Untuk penyakit pankreas

For Pancreas Disease

Kondisi ini disebabkan oleh pankreas akut yang terjadi berulang selama 2 tahun

This condition caused by recurrent acute pancreatitis for a period of at least 2 years

Ya Yes  Tidak No

Hasil imaging menunjukkan penumpukan kalsium merata di Pankreas

Generalized calcium deposits in pancreas from imaging study

\* Mohon melampirkan hasil photo imaging Please attached photo imaging result

Ya Yes  Tidak No

Apakah terjadi mal-absorpsi lemak di usus atau diabetes yang disebabkan oleh kegagalan fungsi pancreas?

Is there chronic continuous function impairment resulting in mal-absorption of intestine or diabetes

Ya Yes  Tidak No

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

### Bagian 6. Tuli, Buta, Kehilangan Kemampuan Bicara

Section 6. Deafness, Blindness, Loss of speech

Mohon jelaskan secara rinci dasar dari ditegakannya diagnosis penyakit ini.

Based on what evidence do you establish the diagnosis; please describe in detail

Mohon jelaskan pemeriksaan diagnostik yang sudah dilakukan

Please provide us your detailed any diagnostic test

Tanggal Date

/  /

/  /

d d m m y y y y

Jenis Pemeriksaan Type of test

Hasil Result

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

## Untuk Ketulian

For Deafness

Mohon diinformasikan secara lengkap data dan tanggal penyebab ketulian

Please provide full and exact details of the injury or disease causing deafness, include dates

Mohon dapat dijelaskan secara lengkap tentang pemeriksaan yang pernah dilakukan

Please provide details of all investigations or test carried out

Apakah masih terdapat kemampuan mendengar pada kedua telinga? Mohon penjelasannya keadaan dan tingkatannya

Is there any residual hearing in either ear? Please provide explanation details of degree of hearing

Apakah ada tindakan operasi yang memungkinkan kembalinya pendengaran pada satu atau dua telinga?

Is there any surgery available that could recovery the hearing in either or both ears?

Mohon informasinya bahwa kehilangan pendengaran tersebut terjadi pada kedua buah telinga dan bersifat permanen

Please confirm that the deafness in both ears will be of a permanent

Pengobatan apakah yang diberikan pada saat ini?

Treatment is given at this time?

## Untuk Kehilangan Kemampuan Bicara

For Loss of Speech

Apakah penyebab gangguan bicara pada Pasien/Tertanggung ini disebabkan karena faktor psikologi?

What cause loss of speech for this Patient/Life Assured is caused by psychology factor?

Jika Ya, mohon penjelasannya if yes, please explanation

Apakah ada pemeriksaan lain yang pernah dilakukan?

Is there any other test has done?

## Untuk Kebutaan

For Blindness

Mohon diinformasikan secara lengkap data dan tanggal penyebab kebutaan

Please provide full and exact details of the injury or disease causing blindness, include dates

/  /   
 /  /

d d m m y y y y

Apakah ada pemeriksaan visus yang dilakukan?

Is there a visual acuity examination conducted?

Ya Yes  Tidak No

Mata Eye

Mata Kanan Right eye

/  /

Mata Kiri Left eye

/  /

Tanggal Pemeriksaan

Date of examination

/  /

/  /

d d m m y y y y

Visus Visus

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

## Bagian 7. Kaki Gajah, Rheumatoid Arthritis Berat, Amputasi Anggota Gerak Tubuh, Scleroderma Progresif, Kelumpuhan

Section 7. Elephantiasis, Severe Rheumatoid Arthritis, Limb Amputation, Progressive Scleroderma, Paralysis

Mohon jelaskan secara rinci dasar dari ditegakkannya diagnosis penyakit ini.

Based on what evidence do you establish the diagnosis; please describe in detail

Mohon jelaskan pemeriksaan diagnostik yang sudah dilakukan

Please provide us your detailed any diagnostic test

Tanggal Date

/  /

/  /

d d m m y y y y

Jenis Pemeriksaan Type of test

Hasil Result

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

Apakah Tertanggung mengalami gangguan untuk melakukan Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (ADLs) seperti di bawah ini?

*Does the patient has permanent inability to do (ADLs) Activities Daily Livings as follows :*

Berpakaian: kemampuan untuk memakai dan menanggalkan pakaian sendiri tanpa bantuan orang lain

*Dressing: the ability to put and take off clothing without assistance.*

Ya Yes  Tidak No

Bergerak: kemampuan untuk pindah dari ruang ke ruang sendiri tanpa bantuan orang lain

*Mobility: the ability to move from room to room without physical assistance*

Ya Yes  Tidak No

Berpindah: kemampuan naik ke maupun turun dari tempat tidur, atau duduk maupun bangkit dari kursi sendiri tanpa bantuan orang lain

*Transfer: the ability to get in and out of bed or chair without assistance*

Ya Yes  Tidak No

Pembuangan: kemampuan untuk mengontrol sistim pembuangan tubuh

*Continence: the ability to control bowel and bladder function*

Ya Yes  Tidak No

Makan: kemampuan untuk menyuapkan makanan dari piring ke mulut sendiri tanpa bantuan orang lain

*Feeding: the ability to get food from a plate into the mouth without assistance*

Ya Yes  Tidak No

Mandi: kemampuan untuk membersihkan badan di kamar mandi sendiri tanpa bantuan orang lain

*Bathing and showering: the ability to bathe and shower without*

Ya Yes  Tidak No

### Untuk Kaki Gajah

*For Elephantiasis*

Apakah kondisi/kasus ini disebabkan oleh infeksi filariasis kronis?

*Is this condition/case cause by chronic filariasis infection?*

Ya Yes  Tidak No

Apakah telah terjadi obstruksi lymphatic, hipertropi kulit dan jaringan subkutan?

*Has obstruction of lymphatic, hypertrophy of the skin and subcutaneous tissue occurred?*

Ya Yes  Tidak No

Jika Ya, mohon sebutkan lokasinya

*If yes, please stated the location*

### Untuk Amputasi Anggota Gerak Tubuh

*For Limb Amputation*

Mohon sebutkan alasan dilakukannya amputasi anggota gerak tubuh

*Please state the reason for severance of limbs*

Apakah cedera yang timbul dilakukan secara sengaja atau dan melukai diri sendiri?

*Did injury incurred deliberately and or self inflicted injury ?*

Ya Yes  Tidak No

### Untuk Rheumatoid Arthritis

*For Rheumatoid Arthritis*

Apakah penyakit di atas menimbulkan cacat permanen?

*Did the above disease cause permanent disability*

Ya Yes  Tidak No

Mohon jelaskan organ yang terkena

*Which organ is affected*

Jika ada gangguan pada aktivitas kehidupan sehari-hari (ADLs), mohon pertanyaan "C" diisi.

*If there are permanent inability to activities daily livings (ADLs), please fill "C" question*

### Untuk Scleroderma progresif

*For Progressive Scleroderma*

Diagnosis pada kasus ini merupakan

*The Diagnosis in this case is:*

Skleroderma Linier atau Morphea (localized scleroderma)

*Scleroderma linear or morphea (localized scleroderma)*

Fascitis eosinophi *Eosinophilic fasciitis*

sindrom CREST *CREST Syndrome*

Lainnya, mohon sebutkan

*Others, please stated*

Hasil biopsi dan serologi

*Biopsy or serological result*

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*

### Bagian 8. Luka Bakar, Anemia Aplastik, Penyakit Kista Medullar

*Section 8. Burn Injury, Aplastic Anaemia, Medullary Cystic Disease*

Mohon jelaskan secara rinci dasar dari ditegakkannya diagnosis penyakit ini.

*Based on what evidence do you establish the diagnosis; please describe in detail*



Mohon jelaskan pemeriksaan diagnostik yang sudah dilakukan

Please provide us your detailed any diagnostic test

Tanggal Date

□□ / □□ / □□□□  
□□ / □□ / □□□□  
d d m m y y y y

Jenis Pemeriksaan Type of test

\_\_\_\_\_

Hasil Result

\_\_\_\_\_

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

### Untuk Anemia Aplastik

For Apalstic Anaemia

Apakah pada tertanggung ini telah dilakukan pengobatan di bawah ini?

Does the insured has been performed below the treatment

Ya Yes  Tidak No

Jika ya, mohon beri tanda (bisa lebih dari satu)

If yes, please mark in list cycle below (allowed more than one)

- Produk Transfusi Darah  
Blood product transfusion
- Pemberian obat immunosuppressive  
Immunosuppressive agents
- Obat Stimulating Marrow  
Marrow stimulating agents

- Transplantasi sumsum tulang  
Bone Marrow Transplant
- Pengobatan lainnya, mohon sebutkan  
Other treatment, please

\_\_\_\_\_

### Untuk Luka Bakar

For Burn Injury

Sebutkan daerah (sesuai dengan Rule of Nine yang terdapat pada diagram terlampir) dan derajat luka bakar yang dialami Tertanggung

Please state the location and degree of the burn injury (refer to the attached diagram please)

Lokasi Location

Derajat Luka Bakar Degree of Burns

\_\_\_\_\_

Tindakan apa yang telah dilakukan terhadap Tertanggung/Pasien pada keadaan luka bakar?

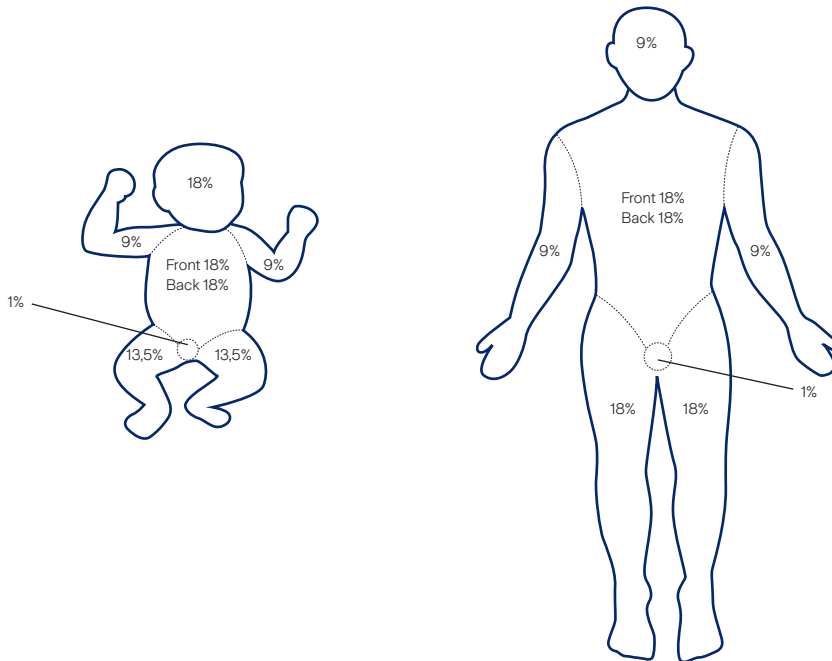
What kind of treatment was administered to the patient's/life assured burn

\_\_\_\_\_

Mohon dijabarkan secara rinci komplikasi cedera (bila ada) yang terjadi akibat luka bakar tersebut

Please provide details of the burn injury complication (if any).

\_\_\_\_\_



### Untuk Kanker atau Kista Medullar

For Cancer or Medullary Cystic Disease:

Apakah termasuk kanker in situ?

Is it an in situ cancer?

Ya Yes  Tidak No

Mohon jelaskan TNM staging-nya, atau bila untuk Leukemia, mohon jelaskan jenisnya

Please describe the TNM stages or for Leukemia, please explain the type

\_\_\_\_\_

Jika sudah ada metastasis, ke organ mana?  
If it has spread, please mention the organ

Mohon lampirkan laporan Patologi Anatomi (PA)  
Please attach post surgery Pathology Anatomy report.

### Bagian 9. Koma, Occupationally Acquired HIV, Terminal Illness

Bagian 9. Coma, Occupationally Acquired HIV, Terminal Illness

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

Mohon jelaskan pemeriksaan diagnostik yang sudah dilakukan  
Please provide us your detailed any diagnostic test

Tanggal Date	Jenis Pemeriksaan Type of test	Hasil Result
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
<small>d d m m y y y y</small>		

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

### Untuk Koma

For Coma

Mohon penjelasan diagnosa dokter secara rinci mengenai cedera, 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.

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

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

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?

Apakah terjadi defisit neurologis permanen?  Ya Yes  Tidak No

Did permanent neurological impaired occurred?  
Jika Ya, mohon sebutkan If Yes, please explain

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

### Untuk HIV

For HIV

Transfusi darah Blood transfusion  Penggunaan obat melalui jalur intravena (jarum suntik) Intravenous drug use (needles)

Hubungan seksual Sexual transmitted  Lainnya, mohon jelaskan Others, please explain

Mohon jelaskan pemeriksaan diagnostik yang sudah dilakukan  
Please provide us your detailed any diagnostic test

Tanggal Date	Jenis Pemeriksaan Type of test	Hasil Result
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
<small>d d m m y y y y</small>		

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

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, dengan ini menyatakan bahwa semua keterangan tersebut di atas adalah benar sejauh pengetahuan yang saya miliki dan yakini.

*I hereby declare that the foregoing answers are true and correct to the best of my knowlegde and belief.*

Dokter

*Doctor*

Rumah Sakit

*Hospital*

Alamat Rumah Sakit

*Hospital Address*

Tempat & Tanggal

*Place & Date*

Tandatangan Dokter

*Doctors Signature*