

RAHASIA

SURAT KETERANGAN DOKTER
(KHUSUS UNTUK PENYAKIT KRITIS (PENCANGKOKAN BESAR ORGAN TUBUH))
(Harus diisi dengan lengkap oleh dokter yang mengobati / merawat si sakit)

Mohon dapat diberikan secara rinci hal-hal yang berhubungan dengan pasien

Nama : No. MR

Umur :

Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan

Pekerjaan :

Alamat :

Diagnosa penyakit ini didasarkan atas hal-hal tersebut dibawah ini :

A. Organ yang memerlukan pencangkokan:

.....

B. Sebab terjadinya kerusakan organ sehingga perlu dilakukan operasi pencangkokan organ tersebut:

.....

C. Tindakan pembedahan yang dilakukan dan kapan dilaksanakannya:

.....

D. Hal lain yang masih dianggap perlu untuk dijelaskan (misalnya HIV, salah guna obat, alkohol):

.....

Untuk memperlancar proses klaim ini, mohon melampirkan hasil laboratorium/pemeriksaan penunjang, & hasil test yang mendukung ditegakkannya diagnosis penyakit di atas.

Ditandatangani di:

Tanggal/bulan/tahun pengisian:

(Nama Lengkap dan Tanda Tangan Dokter yang merawat)

Mohon surat keterangan ini tidak diberikan kepada pasien atau keluarganya, tetapi dikirim langsung kepada PT Asuransi Jiwa Sequis Life yang akan memperlakukan informasi ini dengan penuh kerahasiaan