

Jakarta, _____

Kepada Yth,
Rumah Sakit/Laboratorium Klinik Rekanan

Dengan Hormat,

PEMERIKSAAN KESEHATAN CALON TERTANGGUNG PT GREAT EASTERN LIFE INDONESIA

Dengan ini Kami harapkan bantuan untuk melakukan pemeriksaan terhadap Calon Tertanggung Kami:

No. SPAJ : _____

Nama : _____

Tanggal Lahir : ____ / ____ / ____

No. Identitas : _____

Adapun jenis pemeriksaan yang perlu dilakukan adalah:

Panel A Panel B Panel C Panel D Panel A* Panel B*

Lain-lain:

.....
* untuk anak usia 30 hari – 12 tahun, pemeriksaan fisik dilakukan oleh Dokter Spesialis Anak

Hasil pemeriksaan tersebut di atas bersifat rahasia dan dikirimkan langsung ke New Business Underwriting Department dengan alamat yang tercantum dalam surat ini. Jika Bapak/Ibu memerlukan konfirmasi, silakan hubungi kami di nomor 021-2554 3888 ext. 2940.

Atas kerjasama dan bantuannya kami sampaikan terima kasih.

Hormat kami,
PT Great Eastern Life Indonesia

Underwriter

Dewasa

Panel A : Pemeriksaan Fisik oleh dokter umum + Urine Lengkap + EKG

Panel B : Pemeriksaan Fisik oleh dokter umum + Urine Lengkap + EKG + foto Thorax + FBP

Panel C : Pemeriksaan Fisik oleh dokter umum + Urine Lengkap + Treadmill Test + foto Thorax + FBP + APS

Panel D : Pemeriksaan Fisik oleh dokter umum + Urine Lengkap + FBP + EKG

Anak-anak usia <=12 tahun

Panel A* : Pemeriksaan Fisik oleh dokter spesialis anak

Panel B* : Pemeriksaan Fisik oleh dokter spesialis anak + Urine Lengkap

1. Biaya pemeriksaan kesehatan ditagihkan ke PT Great Eastern Life Indonesia (dengan melampirkan Surat Pengantar Pemeriksaan Kesehatan).
2. Untuk Panel B,C,D, diwajibkan puasa 10 (sepuluh) jam sebelum pemeriksaan.
3. Untuk Calon Tertanggung wanita, pemeriksaan urine dilakukan diluar masa haid.
4. Khusus wanita hamil, tidak dilakukan foto Thorax dan Treadmill Test.
5. Tanda identitas diri Calon Tertanggung wajib dibawa dan diperlihatkan kepada petugas sebelum pemeriksaan.
6. Pemeriksaan **FBP** pada **Panel B,C,D** terdiri dari:
Urine FEME: Ph, Gravity, Color, Clarity, Protein, Ketones, Glucose, Urobilinogen, Bilirubin, Microscopic Urine (Casts, Cylinder, Epithelial Cells, Crystals, Bacteria, Red Blood Cells, White Blood Cells).;
7. **FBP: CBC:** Hemoglobin, Eritrosit, Leukosit, Trombosit, Hematokrit, MCH, MCV, MCHC, LED, Diff Count, **RFT:** Urea, Uric Acid, Creatinin, eGFR/Cystatin C.; **LFT:** Total Serum Protein, Albumin, Globulin, Total Bilirubin, Bilirubin Indirek, ALP, AST, ALT, Gamma GT, AFP.; **LP:** Total Cholesterol, Triglyceride, HDL, LDL, TC/HDL Ratio.; **DM:** HbA1c, FBS.; **LS:** HIV, VDRL (jika positif periksa TPHA).; **Hbs:** HBsAg (jika positif periksa HbeAg).; **PSA:** hanya untuk pria usia > 54 tahun.; **Apabila ada pemeriksaan yang tidak tersedia, mohon diberi notes pada Surat Pengantar Pemeriksaan Kesehatan.**

NBF061R03-1014