



PT Prudential Life Assurance
Prudential Tower
Jl. Jend. Sudirman Kav. 79, Jakarta 12910
Customer Care: 1500085/ customer.idn@prudential.co.id
www.prudential.co.id

PT Prudential Life Assurance terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

RAHASIA
Confidential

SURAT KETERANGAN DOKTER
MEDICAL CERTIFICATE

- Kanker / *Cancer***
- Leukemia**
- Tumor Jinak Otak / *Benign Brain Tumor***

Pasien/Tertanggung
Patient/Life Assured

Tanggal Lahir
Date of Birth

No. Rekam Medik/
Medical Record No

Dokter yang terhormat,
Dear Doctor,

Nama tersebut di atas adalah Tertanggung pada PT Prudential Life Assurance atas manfaat yang berkaitan dengan salah satu Kondisi Kritis. Kami telah menerima pengajuan klaim sehubungan dengan penyakit tersebut untuk kelancaran proses klaim tersebut, kami sangat mengharapkan kerjasama Anda untuk melengkapi formulir ini.

The name above is insured with PT Prudential Life Assurance. A claim has been submitted in connection with one of the Critical Illness and to enable us to assess the claim, we would be grateful for your cooperation in the completion of this form.

Atas kerja sama Anda kami ucapkan terima kasih.
Thank you.

A. UMUM / GENERAL

1. Sejak kapan Tertanggung berkonsultasi dengan Dokter ?
Since when have you been the medical attendant of the Life Assured ?

2. Kapan Dokter pertama kali memberikan konsultasi untuk kondisi penyakit yang diderita nya saat ini ?
When were you first consulted for this condition ?

3. Mohon Dokter jelaskan Diagnosa Tertanggung secara rinci (termasuk lokasi organ dan stadiumnya) dan kapan Diagnosa tersebut ditegakkan.
Please give us your detailed Diagnosa including the location of the organ and the stage and when the Diagnosa was established.

Diagnosa/ <i>Diagnosa</i>	Tanggal/ <i>Date</i>

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

Tanggal <i>Date</i>	Bentuk gejala / Perjalanan penyakitnya <i>Symptoms/History of the Disease</i>	Durasi <i>Duration</i>

5. Mohon jelaskan faktor resiko, adanya kontaminasi, maupun penyakit lain yang mempermudah /mencetuskan timbulnya penyakit ini ?
Please describe risk factors, any presence of contamination, or other diseases which could precipitate/cause this particular disease ?

Jenis faktor resiko / zat yang mengkontaminasi penyakit <i>Risk factors / contamination</i>	Sejak kapan diderita <i>First detected</i>	Keterangan <i>Remarks</i>

6. Mohon jelaskan penyebab penyakit ini pada Tertanggung, termasuk saat terjadinya ?
Please describe the cause of the disease, inclusive the date of first occurrence ?

Tanggal <i>Date</i>	Penyebab Penyakit <i>Cause of the Disease</i>	Keterangan <i>Remarks</i>

7. Kapan Tertanggung pertama kali mengetahui dirinya menderita penyakit ini ?
When did the patient first become aware of his/ her illness ?

--

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

Tanggal <i>Date</i>	Jenis tindakan medis/pengobatan/saran <i>Type of medications/ suggestions</i>	Tujuan <i>Purpose</i>

9. Mohon jelaskan pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan.
Please describe the examination has been done.

Tanggal <i>Date</i>	Pemeriksaan penunjang <i>The examination</i>	Hasil <i>Result</i>

Mohon melampirkan hasil pemeriksaan tersebut.
Please attached the result of the examination has done

10. Mohon jelaskan tingkat defisit neurologis pada Tertanggung ?
Please describe the neurological deficits that occurs ?

Tanggal <i>Date</i>	Defisit Neurologis <i>Neurologic deficit</i>

11. 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 kelainannya 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 dapat dijelaskan hasil pemeriksaan Patologi Anatomi dan agar dapat dilampirkan.
Please describe Pathology Anatomy result and attached.

2. Mohon beri tanda jika kelainannya berupa :
Please indicate the abnormality in the necessary box :

- Cyst Granuloma Abscess Haematoma
- Malformasi dalam / pada pembuluh darah / *arterio-venous malformation*
- Tumor Kelenjar pituitary / *Pituitary gland tumor*
- Tumor sumsum tulang belakang / *Bone marrow tumor*

3. a. Untuk Kanker : Apakah termasuk Kanker In Situ ?
For Cancer : Is it an in situ cancer ?

- Ya/yes Tdk/No

b. Mohon jelaskan TNM staging-nya, atau bila untuk Leukemia, mohon jelaskan jenis dan tingkat RAI ?

Please describe the TNM stages, or for Leukemia, please explain the type and RAI staging ?

c. Apakah sudah dilakukan kemoterapi/ radioterapi?

Has it been done chemo / radiotherapy ?

Ya/yes

Tdk/No

4. Apakah Kanker atau Tumor Jinak Otak yang timbul ini diakibatkan oleh keberadaan HIV ?

Is the cancer or benign brain tumor caused by HIV ?

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

I hereby declare that the foregoing answers are each and all true to the best of my knowledge and belief.

Nama Dokter
Doctor's Name

Alamat dan Stempel Rumah Sakit
Address and Stamp of the Hospital

Spesialisasi
Specialization

Tanggal
Date

Tanda tangan
Signature