



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***

**Anemia Aplastik / *Aplastic Anemia***

---

**Nama Pasien/Tertanggung**  
***Patient's Name/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 dan untuk kelancaran proses klaim, 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 kami ucapkan terima kasih.  
*Thank you.*

---

## A. INFORMASI UMUM / *GENERAL INFORMATION*

1. Sejak kapan pasien berkonsultasi dengan Dokter untuk Penyakit ini ?   
*Since when have you been the medical attendant of this patient for the illness ?*

2. Mohon cantumkan Diagnosanya ?   
*Please give us your detailed diagnosis ?*

3. Kapan Diagnosa penyakit ini ditegakkan ?   
*When the illness disease has been diagnosed ?*

4. Apakah gejala / keluhannya ?  
*What were the patient's chief symptoms/ complaints ?*

5. Sejak kapankah gejala dan keluhan tersebut dilaporkan ?   
*Since when the chief symptoms/ complaints ?*

6. Mohon jelaskan hasil pemeriksaan fisik yang telah dilakukan.  
*Please describe the results of physical examination performed.*

Tanggal <i>Date</i>	Pemeriksaan Fisik <i>Physical examination</i>	Hasil <i>Result</i>

7. Tindakan medis, pengobatan dan saran apa yang telah diberikan ? Mohon jelaskan juga 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>

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

9. Apakah penyebab penyakit diakibatkan oleh HIV ?  
*Is current condition caused by HIV ?*  Ya/Yes  Tidak/No

10. Apakah penyebab penyakit karena penyalahgunaan alkohol ?  
*Is current condition caused by alcohol abused ?*  Ya/Yes  Tidak/No

11. Mohon berikan nama dan alamat Dokter / Spesialis / Rumah Sakit yang pernah dikunjungi oleh Tertanggung sebelumnya Tertanggung menjadi pasien Anda.  
*Please give us the name and address of Doctors / Specialists / Hospitals visited by the patient before he/she was under your treatment.*

12. Mohon lampirkan semua hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.  
*Please attach all of test results have been done.*

## **B. RINCIAN MEDIS / *MEDICAL DETAILS***

1. Mohon melampirkan laporan Biopsi Sumsum Tulang ?  
*Please attach Bone Marrow Biopsy Report ?*

2. Mohon sebutkan dan lampirkan hasilnya  
*Please mention and attach the lab result*

- Jumlah Neutrophil Absolut ..... /mm<sup>3</sup>  
*Neutrophil Absolute Amount*

- Jumlah Reticulocyte Absolut ..... /mm<sup>3</sup>  
*Reticulocyte Absolute Amount*

- Jumlah Trombosit Absolut (Platelet) ..... /mm<sup>3</sup>  
*Trombocyte Absolut (Platelet) Amount*

3. Apakah Anemia Aplastik pada pasien ini masih dapat dipulihkan ?  
*Is the Aplastic Anaemia on the patient reversible ?*

Ya/Yes  Tidak/No

---

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 each and all true to the best of my knowledge and belief.*

N a m a  
Name

Alamat dan Stempel Rumah Sakit  
*Address and Stamp of the Hospital*

Spesialisasi  
*Spesialization*

Tanggal  
*Date*

Tanda tangan  
*Signature*