



**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**  
**Klaim Cacat Total dan Tetap - (TPD)**

*MEDICAL CERTIFICATE*  
*Total and Permanent Disability Claim*

---

**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 Cacat Total dan Tetap. Kami telah menerima pengajuan klaim sehubungan dengan penyakit tersebut dan 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 a Total and Permanent Disability 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.*

## I. Umum / *General*

1. Pekerjaan Tertanggung.  
*Occupation of the Life Assured.*

2. Sejak kapan Dokter menjadi Dokter yang biasa dikunjungi Tertanggung ?  
*Since when have you been the regularly visited medical attendant of the Life Assured ?*

3. Kapan Dokter pertama kali memberikan konsultasi kondisi medis yang diderita saat ini ?  
*When were you first consulted for this condition ?*

4. Gejala apa yang dirasakan Tertanggung sejak 1 (satu) X konsultasi hingga sekarang ?  
*What symptoms was experienced by the patient after the first consultation until today ?*

Mohon dijelaskan beserta tanggal terjadi gejala & tindakan medis yang dilakukan ?  
*Please explain and give us the date and what kind of medical treatment was given to the patient ?*

5. Mohon tuliskan Diagnosa untuk kondisi medis ini ?  
*What is your Diagnosis for this medical condition ?*

6. Apakah saat ini telah timbul kecacatan pada Tertanggung ?  Ya  Tidak  
*Is the disability present at this moment ?*  Yes  No

Mohon jelaskan organ yang terkena sehubungan dengan kecacatan ini dan bila perlu berikan tanda lokasi kecacatan pada gambar di halaman terakhir dari formulir klaim ini.  
*Which organ is affected by the disability, if necessary please use the pictures on the last page of these forms.*

7. Apa yang menyebabkan kondisi ini ?  Penyakit  Cedera / Kecelakaan  
*What caused this condition ?*  Disease  Accident

8. Mohon dituliskan/dilampirkan hasil dari seluruh jenis pemeriksaan yang dilakukan Tertanggung.  
*Please attach result of all tests done by the patient.*

Jenis Pemeriksaan <i>Tests</i>	Kesimpulan <i>Conclusions</i>

9. Dari hasil pemeriksaan fisik, mohon dijelaskan keadaan Tertanggung secara umum pada saat ini.  
*Based on the physical test, please describe the patient's present general conditions.*

10. Jika ditinjau dari jenis pekerjaannya di atas, apakah keadaan yang dialami Tertanggung dapat menghambat pekerjaan seperti biasa ?

*Taking into consideration the patient's occupation, do you feel the injuries prevented him/her from carrying out all of his occupational duties ?*

Ya  
Yes

Tidak  
No

Jika (YA), mohon jelaskan jenis hambatan yang terjadi.

*If yes, please give us a detailed explanation.*

--

11. Menurut Anamnesa, apakah Tertanggung sebelumnya pernah menderita penyakit lain yang berhubungan dengan keadaannya pada saat ini ? Mohon diuraikan jenis penyakit/keluhan apa saja dan sejak kapan diderita Tertanggung.

*Based on your Anamnesis has the patient previously suffered from the condition specified above or any related illness ? Please state what kind of illness/complaints and since when was it detected.*

Jenis Penyakit/ Keluhan <i>Type of Illness/ Complaints</i>	Sejak kapan menurut Anamnesa Dokter <i>First detected based on your Anamnesis</i>

12. Mohon diberikan 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.*

N a m a <i>Name</i>	A l a m a t <i>Address</i>

13. Mohon diberikan nama dan alamat Dokter/Spesialis/Rumah Sakit yang Dokter rujuk untuk perawatan Tertanggung selanjutnya.

*Please give us the name and address of the recommended Doctors/Specialists/Hospitals.*

N a m a Name	A l a m a t Address

14. Jika ada, mohon diberikan informasi lainnya yang menurut Dokter dapat membantu Bagian Klaim kami untuk memproses klaim ini.

*Please provide details, if you have any information, which in your opinion, could assist our Claim Department 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 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  
Specialization

Tanggal  
Date

Tanda tangan  
Signature

