



Nama Pasien/Tertanggung :
Patient/Life Assured Name
Nomor Surat Pengajuan Asuransi Jiwa :
Application/Policy number

--	--	--	--	--	--	--	--

Dokter yang terhormat,
Dear Doctor,

PT Prudential Life Assurance telah menerima pengajuan asuransi jiwa/perubahan Polis atas nama tersebut di atas. Kami berharap Dokter bersedia melengkapi formulir ini. Terlampir surat kuasa pemberian rekam medis dari Pasien/orangtua Pasien.

PT Prudential Life Assurance has received insurance application/Policy change request in the name of the above. We would be grateful for your co-operation to complete this form. Enclosed is the power of attorney for medical records signed by Patient/Patients' parents.

Terima kasih atas bantuan dan kerjasama Dokter.
Thank you for your help and co-operation.

SURAT KETERANGAN DOKTER YANG MERAWAT
ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT

Nama Pasien : No Rekam Medis :
Patient's Name Medical Record No
Jenis Kelamin : Pria Wanita
Sex Male Female

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

--

2. Mohon Dokter jelaskan diagnosis utama Pasien secara rinci (termasuk lokasi organ dan stadiumnya) dan kapan diagnosis tersebut ditegakkan
Please give us the details of the main diagnosis including the location of the organ and the stage and when the diagnosis was established.

--

3. Dari data yang ada pada Dokter, mohon jelaskan penyakit, kecelakaan atau tindakan operatif di mana Dokter telah memberikan terapi pada Pasien. Jika terdapat tindakan operatif, mohon memberikan salinan hasil patologi anatomi
Please state from past records details of all illness, accidents or surgical operations which the patient has suffered or for which he/she has been treated at your clinic. If any surgical procedure was carried out, please provide us with a copy of the histology report.

Tanggal /Date	Keluhan & Gejala/ <i>Complaints & Symptoms</i>	Lama sakit/ <i>Duration of illness</i>	Diagnosis	Jenis perawatan/ <i>Treatment given</i>	Penyebab/ <i>Underlying cause</i>



Nama Pasien/Tertanggung :
Patient/Life Assured Name
Nomor Surat Pengajuan Asuransi Jiwa :
Application/Policy number

--	--	--	--	--	--	--	--

4. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan yang dilakukan (CXR, ECG, *treadmill*, laboratorium dll)
Please provide results of all investigations carried at your clinic (CXR, ECG, treadmill, laboratorium etc).

Tanggal/Date	Alasan pemeriksaan/Reason for investigation	Jenis pemeriksaan/Type of investigation	Hasil/Results

5. Mohon diberitahukan kondisi Pasien pada konsultasi terakhir dengan Dokter (termasuk adanya komplikasi, jika ada, dan kapan Pasien harus datang untuk kontrol berikutnya) *Please provide information on Patient's condition at the last consultation with you (including complications if any and date of next follow up).*

--

6. Jika diketahui, mohon diberitahukan nama dan alamat Dokter/Rumah Sakit yang pernah dikunjungi Pasien sebelumnya. *Please give us the name and address of doctors/hospitals visited by the Patient before he/she was under your treatment.*

Tanggal konsultasi/ Consultation date	Alasan konsultasi/ Reason for consultation	Nama & alamat Dokter/ Name & Address of Doctor	Jenis test/Type of test done	Hasil test/Results of tests done

7. Mohon beri tanda di kotak yang disediakan apabila diagnosis di atas disebabkan/merupakan komplikasi dari/berhubungan dengan hal-hal di bawah ini/*Please tick in the appropriate box if the above diagnosis is caused by/ or is a complication from/ related to the followings.*

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kelainan Kardiovaskular/ <i>Cardiovascular disease</i> | <input type="checkbox"/> Usia lanjut/ <i>Geriatric</i> |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Tumor/Benjolan/Kista
<i>Tumor/ Growths/ Cysts</i> |
| <input type="checkbox"/> Kanker/ <i>Cancer</i> | <input type="checkbox"/> Kehamilan/ <i>Pregnancy</i> |
| <input type="checkbox"/> Bawaan atau Turunan / <i>Congenital or Hereditary</i> | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS |
| <input type="checkbox"/> Obat Terlarang / <i>Drug Abuse</i> | <input type="checkbox"/> Kecelakaan / <i>Accident</i> |
| <input type="checkbox"/> Penyakit akibat Hubungan Seksual / <i>Sexually Transmitted Disease</i> | |

8. Apakah ada keterangan/informasi tambahan yang ingin Dokter sampaikan kepada kami?
Is there additional information that you want to tell us?

--

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 answer are each and all true to the best of my knowledge and believe.*

Tanggal:
Date

Tanda Tangan & Nama Dokter:
Signature & Name of Doctor

Stempel Rumah Sakit:
Stamp of Hospital

--

--

--



Nama Pasien/Tertanggung :
Patient/Life Assured Name
Nomor Surat Pengajuan Asuransi Jiwa :
Application/Policy number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SURAT KUASA PEMBERIAN REKAM MEDIS
POWER OF ATTORNEY FOR MEDICAL RECORDS

Yang bertanda tangan di bawah ini/*The undersigned* :

Nama/*Name* :
Umur/*Age* : tahun/*years old*
Alamat/*Address* :
.....
.....
No. KTP/*ID No* :

Mohon beri tanda pada kolom yang sesuai/*Please tick the appropriate box*

Hubungan dengan Pasien/Tertanggung Diri sendiri Orangtua (jika pasien belum 17 tahun)
(Relationship with Patient/ Life Assured) Self Parent (if patient is below 17 years old)

Saya memberi kuasa kepada PT Prudential Life Assurance untuk mendapatkan informasi atau data medis dari semua dokter, rumah sakit, klinik, perusahaan asuransi atau dari pihak-pihak lain yang terkait sehubungan dengan kondisi kesehatan Pasien/Tertanggung. Saya setuju salinan surat ini berlaku sama kuatnya seperti yang asli.

I hereby authorize PT Prudential Life Assurance to seek any medical information/other details from doctors, hospitals, insurance companies or other sources. I agree that a photocopy of this authorization shall be as valid as the original.

Tanggal/*Date*

Tanda Tangan/*Signature*