



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

- Penggantian Katup Jantung / *Heart Valve Replacement***
- Penyakit Kawasaki / *Kawasaki's Disease***
- Demam rematik dengan gangguan katup jantung / *Rheumatic fever with valvular impairment***

Nama Pasien/Tertanggung
Name of 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 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 Condition 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.

1. Sejak kapan pasien berkonsultasi dengan Dokter ?
Since when have you been the medical attendant of this patient ?

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

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

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>

Mohon dilampirkan semua hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.
Please attached all tests results.

5. Mohon Dokter jelaskan Diagnosa pasien dan kapan Diagnosa tersebut ditegakkan.
Please give us your detailed Diagnosa and when the Diagnosa was established.

Diagnosa/ <i>Diagnosa</i>	Tanggal/ <i>Dates</i>

6. Apakah penyebab penyakit ini termasuk cacat bawaan ?
Is current heart condition caused by congenital factors ?

Ya/*Yes*

Tidak/*No*

7. Jika bukan karena kongenital, mohon jelaskan penyebab, faktor resiko, zat yang mengkontaminasi atau hal lain yang mempermudah timbulnya penyakit ini.
Please describe cause, risk factors, any presence of contamination, or other diseases which precipitate this particular disease.

Penyebab, faktor resiko, kontaminan atau yang mempermudah timbulnya penyakit <i>Cause, risk factors, contamination or precipitation factors</i>	Sejak kapan <i>First detected</i>	Keterangan <i>Remarks</i>

8. Mohon menuliskan pengobatan dan saran yang telah diberikan, beserta tujuannya.
Please describe any medication or suggestions given to patient and 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. Apakah operasi penggantian katup jantung telah dilakukan ?
Has the operations of Heart Valve Replacement been done ?

Ya/Yes Tidak/No

Jika Ya, mohon beri tanda / *If yes, please tick the necessary box below*

- Penggantian katup aorta / *Aorta Valve Replacement*
 Penggantian katup mitral / *Mitral Valve Replacement*
 Penggantian katup pada paru / *Pulmonary Valve Replacement*
 Penggantian katup tricuspid / *Tricuspid Valve Replacement*
 Perbaiki katup jantung / *Heart Valve Repair*
 Valvulotomy
 Valvuloplasty
 Lainnya / Others

10. Mohon tuliskan informasi lainnya yang menurut Dokter dapat membantu kami untuk memproses klaim ini.

Please write any information which could assist us 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.

Nama Dokter
Doctor's Name

Alamat dan Stempel Rumah Sakit
Address and Stamp of the Hospital

Spesialisasi
Specialization

Tanggal
Date

Tanda tangan
Signature