



R A H A S I A
Confidential

PT Prudential Life Assurance

Kantor Pusat :

Menara Thamrin-Prudential Centre

Jl. MH Thamrin Kav. 3

Jakarta 10250, Indonesia

Telp : (6221) 398-30-300

Fax : (6221) 398-30-207

PO Box 1805/JKS

Jakarta 12018, Indonesia

E-mail :

customer.idn@prudential.co.i

SURAT KETERANGAN DOKTER Klaim Meninggal karena Kecelakaan

MEDICAL CERTIFICATE Death by Accident

Pasien/Tertanggung
Patient/Life Assured

Tanggal Lahir
Date of Birth

No. Registrasi/
Registration No.

Dokter yang terhormat,
Dear Doctor,

Nama tersebut di atas adalah **Tertanggung** (selanjutnya disebut **Almarhum/Almarhumah**) pada PT Prudential Life Assurance. Kami telah menerima pengajuan Klaim Meninggal, agar kami dapat menilai keabsahan klaim tersebut, kami sangat mengharapkan kerjasama Dokter untuk melengkapi formulir ini.

*The name above is insured with PT Prudential Life Assurance (hereinafter called **the Deceased**). A claim has been submitted in connection with the death of the Life Assured and to enable us to assess the claim, we would be grateful for your co-operation in the completion of this form.*

Terima kasih atas kerjasamanya.
Thank you

1. Tanggal dan tempat terjadinya kecelakaan.

Date and place of accident

2. Jika Almarhum/Almarhumah datang dalam keadaan meninggal (Death on Arrival) pada saat Dokter memeriksanya, mohon diberikan keterangan sebab meninggalnya dari pengamatan atau Visum et Repertum yang Dokter lakukan. Mohon dijelaskan pula lokasi dan jenis lukanya (misalnya karena benda tajam, tumpul dll).

(Bila kolom ini tidak mencukupi, dapat menggunakan lembar lain)

If it is a Death-on-Arrival case, please give us the caused of death based on your observation or Visum et Repertum. Please also indicate the location and type of the injuries (ie. Caused by a sharp/blunt object, etc). If this column is not sufficient, please use an extra page.

3. Jika pada saat Dokter melakukan pemeriksaan Almarhum/Almarhumah belum meninggal, mohon dijelaskan :

At the time the diseased arrived at the hospital, please explain to us the following :

- a. Keadaan umum pada saat itu (Uraikan seluruh hasil pemeriksaan Vital Sign dan pemeriksaan fisik).

General condition at that moment (describe your findings on the vital signs and physical examination)

b. Diagnosa yang ditemukan/*Diagnosis ?*

--

c. Apakah penyebab kematiannya ?
What is the caused of death ?

Penyakit
Disease

Kecelakaan
Accident

4. Mohon dilampirkan dan dijelaskan hasil pemeriksaan kesehatan tambahan lain (seperti X-ray, EKG dll) yang telah dilakukan beserta kesimpulan Dokter.

Please attach and describe the results of any additional tests (X-ray, ECG, etc) together with your conclusions

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

5. Dari pengamatan Dokter, adakah sebab lain yang menyebabkan kecelakaan itu terjadi ? Jika ada, mohon diuraikan hasil pengamatan Dokter tersebut.

Based on your observations is there any other possibility that might have caused the accident? If there is, please describe your findings.

--

6. Mohon diberikan keterangan jika Tertanggung merupakan pasien rujukan dan, atau Dokter merujuk Almarhum/Almarhumah kepada dokter/rumah sakit/institusi lain.

Please give us the name and address of doctors/specialists/hospitals previously visited by the Deceased, or whom you referred the Deceased to.

a. Tertanggung merupakan rujukan dari : *The Deceased was referred by :*

<i>Dr/Rumah Sakit/Doctor/Hospital</i>	<i>Alamat/Address</i>

b. Tertanggung saya rujuk kepada : *The Deceased was referred to:*

<i>Dr/Rumah Sakit/Doctor/Hospital</i>	<i>Alamat/Address</i>

7. 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

Tanggal
Date

Tanda tangan
Signature