



**R A H A S I A**  
*Confidential*

## PT Prudential Life Assurance

### Kantor Pusat :

Prudential Centre  
Menara Thamrin  
Jl. M.H. Thamrin Kav.3  
Jakarta 10250, Indonesia  
Telp : (6221) 398-30-300  
Fax : (6221) 398-30-207  
Fax : (6221) 398-30-207

PO Box 1805/JKS  
Jakarta 12018, Indonesia  
E-mail :  
[customer.idn@prudential.co.id](mailto:customer.idn@prudential.co.id)

## SURAT KETERANGAN DOKTER Luka Bakar

### *MEDICAL CERTIFICATE* *Burn Injury*

Pasien/Tertanggung  
*Patient/Life Assured*

Tanggal Lahir  
*Date of Birth*

No Rekam Medis  
Registration No

Dokter yang terhormat,  
*Dear Doctor,*

Nama tersebut di atas adalah **Tertanggung** pada PT Prudential Life Assurance atas manfaat yang berkaitan dengan Luka Bakar. Kami telah menerima pengajuan klaim sehubungan dengan Luka Bakar yang dideritanya, agar kami dapat menilai keabsahan klaim tersebut, kami sangat mengharapkan kerjasama Dokter untuk melengkapi formulir ini.

*The name below is insured with PT Prudential BancBali Life Assurance. A claim has been submitted in connection with a **Burn Injury** and to enable us to assess the claim, we would be grateful for your co-operation in the completion of this form.*

Terima kasih banyak atas kerjasamanya  
*Thank you,*

**A. UMUM / GENERAL**

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

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

3. Mohon Dokter jelaskan diagnosa Tertanggung secara rinci (termasuk lokasi organ dan stadiumnya) dan kapan diagnosa tersebut ditegakkan.  
*Please give us your detailed diagnosis including the location of the organ and the stage and when the diagnosis was established*

Diagnosis	Tanggal/Date

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 Date	Bentuk gejala / Perjalanan penyakitnya Symptoms/History of the Disease	Durasi Duration

5. Mohon jelaskan faktor resiko, adanya kontaminasi, maupun penyakit lain yang mempermudah /mencetuskan timbulnya penyakit ini ?

*Please describe risk factors, any presence of contamination, or other diseases which could precipitate/ cause this particular disease.*

Jenis faktor resiko / zat yang mengkontaminasi penyakit <i>Risk factors / contamination</i>	Sejak kapan diderita <i>First detected</i>	Keterangan <i>Remarks</i>

6. Mohon jelaskan peyebab penyakit ini pada Tertanggung, termasuk saat terjadinya ?

*Please describe the cause of the disease, inclusive the date of first occurrence*

Tanggal <i>Date</i>	Penyebab Penyakit <i>Cause of the Disease</i>	Keterangan <i>Remarks</i>

7. Kapan Tertanggung pertama kali mengetahui dirinya menderita penyakit ini ?

*When did the patient first become aware of his/ her illness ?*

8. Jika diketahui, mohon diberitahukan nama dan alamat Dokter/Rumah Sakit yang pernah dikunjungi Tertanggung sebelumnya ?

*Please give us the name and address of doctors/ specialists/ hospitals visited by the patient before he/ she was under your treatment.*

Nama <i>Name</i>	Alamat <i>Address</i>	Keterangan <i>Remarks</i>

9. Tindakan medis, pengobatan dan saran apa yang telah diberikan dan mohon jelaskan 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>

10. Jika ada, mohon dituliskan penyakit lain yang diderita Tertanggung yang belum dijelaskan diatas

*Please state any other diseases not yet explained above, if any*

Nama Penyakit <i>Disease</i>	Sejak kapan diderita <i>First suffered</i>	Keterangan <i>Remarks</i>

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

*For further treatment, please give us the name and address of doctors/ specialists/ hospitals to whom you would like to refer this patient to*

Nama Penyakit <i>Disease</i>	Sejak kapan diderita <i>First suffered</i>	Keterangan <i>Remarks</i>

12. Bagaimana prognosis dalam 12 bulan mendatang ? (*What is the prognosis in the next 12 months*)

Baik, pulih 100%  
*Good , 100% recovered*

Tidak ada kemungkinan pulih, karena kelainannya bersifat permanen. *No possibility of recovery, permanent disorder*

Selamanya membutuhkan alat bantu berupa : *Permanently need aids, i.e.:*  
.....

Lainnya : *Others :*  
.....

13. Mohon dilampirkan semua hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.

*Please attached all tests results*

**B. RINCIAN MEDIS / *MEDICAL DETAIL***

1. Sebutkan daerah (sesuai dengan Rule of Nine yang tercantum pada diagram terlampir) dan derajat luka bakar yang dialami Tertanggung.

*Please state the location and degree of the burn injury (refer to the attached diagram please).*

2. Tindakan apa yang telah dilakukan terhadap Tertanggung pada keadaan luka bakar ?  
*What kind of treatment was administered to the patient's burn ?*

--

3. Mohon dijabarkan secara rinci komplikasi cidera (bila ada) yang terjadi akibat luka bakar tersebut.  
*Please provide details of the burn injury complication (if any).*

--

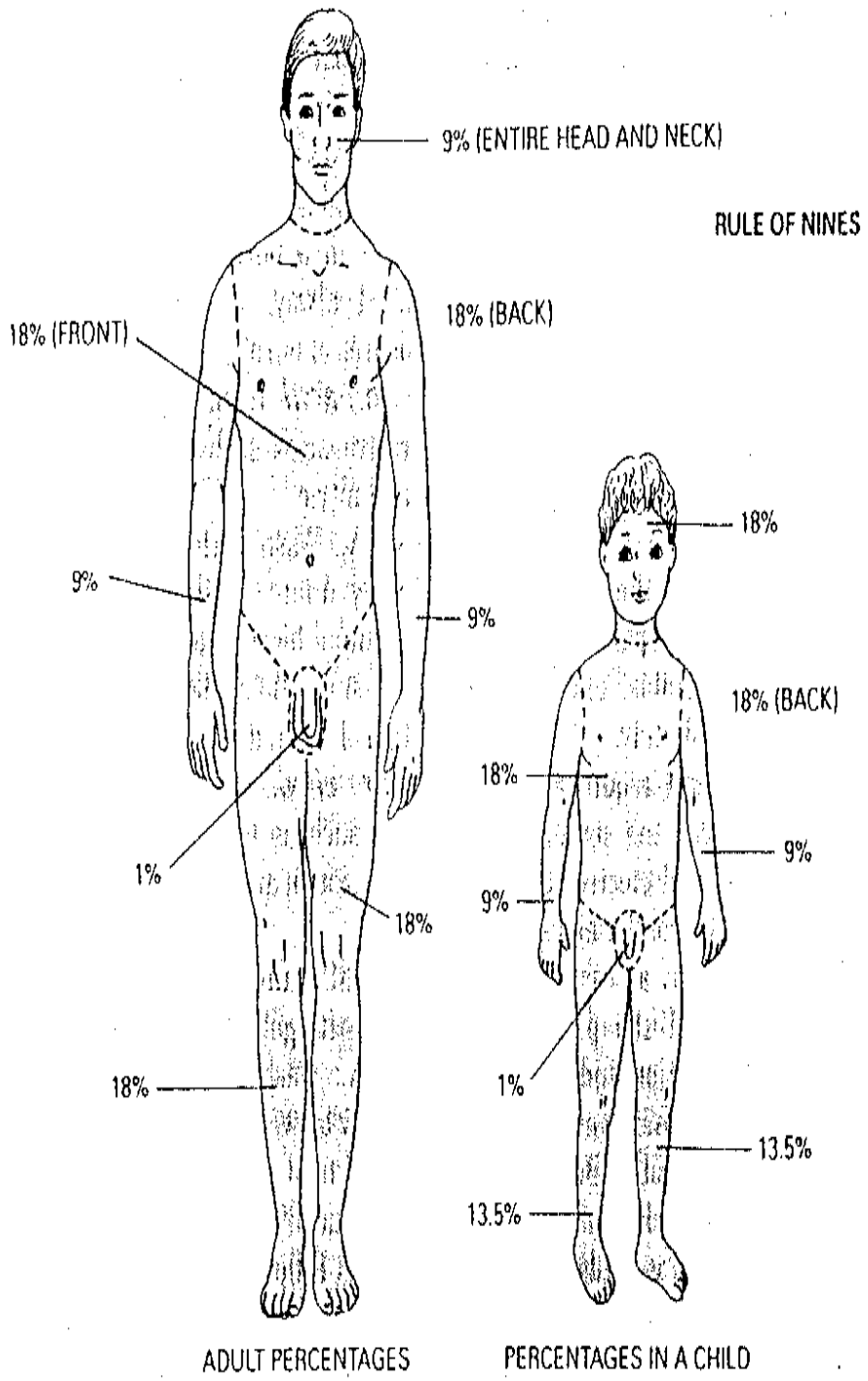
4. Mohon diberikan nama dan alamat dokter/spesialis/rumah sakit yang Dokter rujuk untuk perawatan Tertanggung selanjutnya.  
*Please give us the name and address of the recommended doctors/specialists/hospitals*

N a m a <i>N a m e</i>	Alamat <i>Address</i>

5. 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.*

--

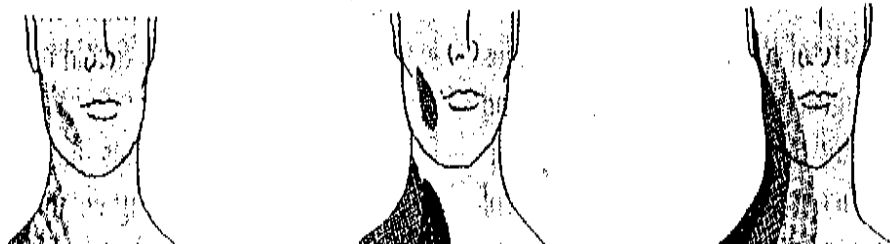
# BURNS



ADULT PERCENTAGES

PERCENTAGES IN A CHILD

## CLASSIFICATION OF BURNS



---

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 Praktek/Rumah Sakit  
*Address and Stamp of the Hospital*

Tanggal  
*Date*

Tanda tangan  
*Signature*