



RAHASIA
Confidential

PT Prudential Life Assurance

Kantor Pusat :

Prudential Centre
Menara Thamrin
Jl. M.H. Thamrin Kav.3
Jakarta 10250, Indonesia
Telp : (6221) 23-55-8888
Fax : (6221) 398-30-273

PO Box 9000 JKS
Jakarta 12000, Indonesia
E-mail :
customer.idn@prudential.co.id

SURAT KETERANGAN DOKTER
MEDICAL CERTIFICATE

HIV / Human Immunodeficiency Virus

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 salah satu Penyakit Kritis. Kami telah menerima pengajuan klaim sehubungan dengan penyakit tersebut untuk mempercepat pemrosesan klaim tersebut, kami sangat mengharapkan kerjasama Dokter 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 Illness and to enable us to assess the claim, we would be grateful for your cooperation in the completion of this form.

Terima kasih banyak atas perhatian dan kerjasama dokter.
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/Dates

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>

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>Remark</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 DETAILS*:

1. Apakah HIV yang timbul ini diakibatkan oleh / *Is the HIV caused by ?*

Hubungan seksual / *Sexual Activity*

Jarum suntik / *Needle for injection*

Transfusi darah / *Blood transfusion.*

- Tanggal Transfusi / *date of transfusion ?*

- Nama Lembaga yang menyelenggarakan transfusi /
.....

2. Apakah Nasabah ini merupakan penderita hemofilia / *Is the client is patient of hemofilia ?:*

Ya / *Yes*

Tidak / *No*

Saya dengan ini menyatakan bahwa 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
Name

Alamat dan Stempel /Rumah Sakit
Address and Stamp of the Hospital

Tanggal
Date

Tanda tangan
Signature