



PT Prudential Life Assurance

Kantor Pusat :

Prudential Centre
Menara Thamrin
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.id

R A H A S I A
Confidential

SURAT KETERANGAN DOKTER Kehilangan Kemampuan Bicara

MEDICAL CERTIFICATE Lost of Speech

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** 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)
Please give us your detailed diagnosis (including the location of the organ and the stage

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 easily caused 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 penyebab penyakit ini pada Tertanggung, termasuk saat terjadinya ?

Please describe the cause of the disease, inclusive the first of 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 that was given to the patient and the pupose.

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

If any medication was given, please state any other diseases that was not explained above

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.
Please give us the name and address of doctors/ specialists/ hospitals to be visited by the patient for further treatment.

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% Tidak ada kemungkinan pulih, karena kelainannya bersifat permanen. *Good, 100% recovered* *No recovery, permanent disorder*

Selamanya membutuhkan alat bantu berupa : *Need aids permanently, i.e.:*

Lainnya : *Others :*

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

B. RINCIAN MEDIS

1. Mohon dijelaskan secara rinci cedera, penyakit atau kondisi yang menyebabkan Kehilangan Kemampuan Bicara termasuk saat terjadinya.
Please describe injury, disease or condition that caused the lost of speech and when it occurs.

2. Mohon dilampirkan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan beserta kesimpulan Dokter.
Please provide details of all tests carried out including results

Jenis Pemeriksaan <i>Tests</i>	Kesimpulan <i>Results</i>

3. Mohon diberikan nama dan alamat dokter/spesialis/rumah sakit yang Dokter rujuk untuk perawatan Tertanggung selanjutnya.

Please give us the name and address of your recommended doctors/specialists/hospitals

N a m a <i>Name</i>	A l a m a t <i>Address</i>

4. 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 Praktek/Rumah Sakit
Address and Stamp of the Hospital

Tanggal
Date

--

Tanda tangan
Signature

--

--