



R A H A S I A
Confidential

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

SURAT KETERANGAN DOKTER
Penyakit Parkinson - Penyakit Alzheimer
Penyakit Motor Neuron - Penyakit Multiple Sclerosis

MEDICAL CERTIFICATE
Parkinson's Disease - Alzheimer's Disease - Motor Neuron Disease
- Multiple Sclerosis

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) 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 <i>Symptoms/History of the Disease</i>	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 penyebab 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 DETAILS

1. Mohon jelaskan secara rinci dasar dari ditegakkannya diagnosis penyakit ini ?
Based on what evidence do you establish the diagnosis; please describe in detail

2. Mohon jelaskan sejauh mana tingkat defisit neurologis maupun gangguan intelektual Tertanggung ?.
Please describe the extent of the neurologic deficits as well as the intellectual imbalance of the patient

Tanggal <i>Date</i>	Tingkat Defisit Neurologis dan atau Gangguan Intelektual <i>Neurologic deficit and or intellectual imbalance</i>

3. Mohon jelaskan lokasi dan manifestasi lesi dari sistem syaraf sensorik/motorik/daerah lain di otak/batang otak ?

Please describe the location and manifestation of the lesion in the sensoric nerve system/ motoric/ or other areas in the brain/ brain stem

Lokasi Lesi <i>Location of the Lesion</i>	Manifestasi Lesi <i>Manifestation</i>

4. Apakah Tertanggung membutuhkan pengawasan / bantuan yang permanen dalam melaksanakan aktivitas sehari-hari ?

Does the patient need any permanent assistance in his/ her daily activities ?

Ya/Yes : Mohon jelaskan jenis aktivitas yang dimaksud/ *Please explain type of activity*

Tidak/No.

5. UNTUK KLAIM PENYAKIT PARKINSON/ *For Parkinson claims :*

Apakah termasuk Parkinson jenis idiopatik ? Ya/Yes Tdk/No
Is this an idiopathic Parkinson ?

6. UNTUK KLAIM PENYAKIT MULTIPLE SCLEROSIS/ *For Multiple Sclerosis claims :*

• Apakah Tertanggung pernah mengalami episode gejala neurologik yang jelas ? Ya/Yes Tdk/No
Did the patient ever experience well defined neurological symptoms ?

• Apakah ada kelainan yang menetap dari :
Is there any persisting signs of involvement of

- Saraf Optik Ya/Yes Tdk/No

Optic nerves

- Batang Otak Ya/Yes Tdk/No
Brain stem

- Tulang belakang Ya/Yes Tdk/No
Spinal cord

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