



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.id

SURAT KETERANGAN DOKTER
Pembedahan dan Perawatan (S & N)

MEDICAL CERTIFICATE
Surgical & Nursing Loan Benefit

Nama Pasien/ Tertanggung
Patient/The Life Assured

Tanggal Lahir
Date of Birth

No. Reg. Catatan Medis
Medical Record No.

Dokter yang terhormat,
Dear Doctor,

Kami telah menerima pengajuan Klaim Pembedahan dan Perawatan (S&N) atas nama tersebut diatas yang merupakan Tertanggung pada PT Prudential Life Assurance, kami berharap Dokter bersedia melengkapi formulir ini untuk mempercepat pemrosesan klaim tersebut.

The name above is insured with PT Prudential Life Assurance. A claim has been submitted in connection with his/her Surgical & Nursing Loan Benefit 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.

1. Alasan pembedahan/perawatan :
Reason for Surgery/Nursing

a. **Penyakit / *Illness***
Jenis / *Type*

--

Tanggal dan jenis gejala pada saat pertama kali muncul.

Date and nature of symptoms when first detected.

--

b. **Kecelakaan / *Accident***
Jenis cedera / *Nature of injuries*

--

Sebab kecelakaan.
Cause of Accident

--

Kedaaan sekarang.
Present condition.

--

2. Tanggal konsultasi (dari awal hingga akhir), jenis keluhan dan jenis perawatan/tindakan.
Date of consultation (from the first date until discharged from the hospital), nature of complaints and type of treatment/operations.

Tanggal <i>Date</i>	Jenis Keluhan <i>Nature of Complaints</i>	Jenis Perawatan/Tindakan <i>Type of Treatment/Operation</i>

3. Tanggal dan jenis pemeriksaan yang dilakukan untuk mengkonfirmasi diagnosa. Mohon dilampirkan salinan hasil pemeriksaan.
Date and type of tests carried out to confirm diagnosis. Please attach copies of test results.

Tanggal <i>Date</i>	Jenis Pemeriksaan <i>Type of Test</i>

4. Jika Dokter bukan dokter yang pertama kali merawat Tertanggung untuk kondisi ini, mohon diberikan nama dan alamat dokter/rumah sakit yang merawat Tertanggung sebelumnya.
If you are not the first medical attendant who treated the patient for this condition, please give us the name and address of the doctors/hospitals visited before he/she was under your treatment.

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

5. Apakah Tertanggung menderita penyakit lain atau adakah hal-hal berkaitan yang dapat memperlambat penyembuhan? Jika ada, mohon dijelaskan.
Is the patient suffering from any other disease or is there any other circumstances which may delay the recovery?

Jenis Penyakit <i>Type of Illness</i>	Gejala <i>Symptoms</i>	Tgl Diagnosa <i>Date of Diagnosis</i>	Tindakan/Pengobatan <i>Treatment/Medication</i>

6. Mohon diberikan nama dan alamat dokter/rumah sakit lainnya yang Dokter ketahui yang juga merawat Tertanggung dalam waktu 3 tahun terakhir.
Please give us the name and address of doctors/hospitals who has treated the client for the past three years

N a m a	A l a m a t	Jenis Keluhan

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
Hospital's Stamp & Address

Tanggal
Date

Tanda tangan
Signature

