

SURAT KETERANGAN DOKTER
MEDICAL CERTIFICATE

- ☐ Cerebral Palsy
- ☐ Infantile Hydrocephalus
- ☐ Spina Bifida

Pasien/Peserta (Yang Diasuransikan)*
Patient/Life Assured

Tanggal Lahir
Date of Birth

No. Rekam Medik/
Medical Record No.

Dokter yang terhormat,
Dear Doctor,

Nama tersebut di atas adalah Peserta (Yang Diasuransikan) pada PT Prudential Sharia Life Assurance atas manfaat yang berkaitan dengan salah satu Kelainan Bawaan. Kami telah menerima pengajuan klaim sehubungan dengan penyakit tersebut untuk kelancaran proses klaim tersebut, kami sangat mengharapkan kerjasama Anda untuk melengkapi formulir ini.

The name above is insured with PT Prudential Sharia Life Assurance. A claim has been submitted in connection with one of the Congenital Anomaly and to enable us to assess the claim, we would be grateful for your cooperation in the completion of this form.

Atas kerja sama kami ucapkan terima kasih.
Thank you.

*Peserta (Yang Diasuransikan) dapat mencakup Peserta dan Peserta Yang Diasuransikan

A. UMUM/GENERAL

1. Sejak kapan Peserta (Yang Diasuransikan) 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 Peserta (Yang Diasuransikan) secara rinci (termasuk lokasi organ dan stadiumnya) dan kapan Diagnosa tersebut ditegakkan.
Please give us your detailed Diagnosa including the location of the organ and the stage and when the Diagnosa was established.

Diagnosa/ Diagnosa	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 penyebab penyakit ini pada Peserta (Yang Diasuransikan), 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 orangtua Peserta (Yang Diasuransikan) pertama kali mengetahui Peserta (Yang Diasuransikan) menderita penyakit ini?

When did the parents first become aware of the Insured illness?

--

8. 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>

9. Jika ada, mohon dituliskan penyakit lain yang diderita Peserta (Yang Diasuransikan) 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>

B. RINCIAN MEDIS/MEDICAL DETAILS:

1. Mohon jelaskan Diagnosa pada Peserta (Yang Diasuransikan).

Please describe the diagnose of the Insured.

2. Kapan orangtua Peserta (Yang Diasuransikan) pertama kali mengetahui Peserta (Yang Diasuransikan) menderita penyakit ini?

When did the parents first become aware of the Insured illness?

3. Mohon jelaskan pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan.

Please describe the examination has been done.

Tanggal <i>Date</i>	Pemeriksaan penunjang <i>The examination</i>	Hasil <i>Result</i>

Mohon dilampirkan semua hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.

Please attached all tests results.

4. Apakah operasi telah dilakukan?

Has any operations been done?

Ya/Yes

Tidak/No

Jika Ya, mohon jelaskan tindakan operasi yang dilakukan.

If yes, please describe the surgery performed.

Jika Tidak, mohon jelaskan therapy yang telah diberikan dan rencana therapy selanjutnya/

If No, please describe therapy which has been given and plan further therapy

5. Khusus untuk kondisi Spina Bifida, Apakah kelainan tersebut berhubungan dengan :
Especially for Spina Bifida condition, whether the disorder related to:

☐

Meningocele

☐

Meningomyelocele

☐

Myelocele

☐

Lainnya/ Others

6. Mohon jelaskan defisit neurologik yang terjadi.
Please describe the neurologic deficit that occurred.

7. Mohon tuliskan informasi lainnya yang menurut Dokter dapat membantu kami untuk memproses klaim ini.
Please write any information which could assist us 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
Address and Stamp of the Hospital

Spesialisasi
Specialization

Tanggal
Date

Tanda tangan
Signature