

SURAT KETERANGAN DOKTER
MEDICAL CERTIFICATE

- ☐ Transplantasi Sumsum Tulang Belakang/*Bone Marrow Transplant*
- ☐ Transplantasi Organ/*Organ Transplant*
- ☐ Gagal Ginjal Tahap Akhir/*End Stage Renal Failure*

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 Kondisi Kritis. 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 Critical Illness 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	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 Risk factors/contamination	Sejak kapan diderita First detected	Keterangan Remarks

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 Peserta (Yang Diasuransikan) pertama kali mengetahui dirinya menderita penyakit ini?
When did the patient first become aware of his/ her 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. Apakah transplantasi sudah dilaksanakan

Has transplantation been carried out?

☐ YA/Yes : Transplantasi dilakukan tanggal/...../.....
Transplantation done on/...../.....

Mohon sebutkan jenis transplantasi yang dilakukan
Please describe the type of organ transplants has performed

Peserta (Yang Diasuransikan) pertama kali mengetahui rencana transplantasi ini pd tgl :
The patient is first aware of the need of transplantation on :/...../.....

☐ Tdk/No

2. Apakah transplantasi pada kasus ini

Was the transplant in this case :

- Satu-satunya alternatif untuk kondisi Peserta (Yang Diasuransikan)?

The only alternative for the patient?

☐ Ya/Yes ☐ Tdk/No

- Alternatif terbaik dibandingkan alternatif lainnya?

The best alternative compared with other alternatives?

☐ Ya/Yes ☐ Tdk/No

- Harus dilakukan karena kondisi penyakit mengancam jiwa?

Has to be done since the condition is life threatening?

☐ Ya/Yes ☐ Tdk/No

3. Jika belum dilakukan tranplantasi/ *If the transplant has not been performed :*

☐ Transplantasi akan dilakukan pada tanggal/...../..... dan Peserta (Yang Diasuransikan) sudah resmi tercatat dalam daftar tunggu sebagai resipien.
Transplant will be done on/..../.... and the patient is officially registered as a recipient.

☐ Transplantasi perlu dilakukan, tapi belum direncanakan tanggalnya dan Peserta (Yang Diasuransikan) belum resmi tercatat dalam daftar tunggu sebagai resipien.
Transplant is needed but the date has not been decided and the patient is not yet officially registered as a recipient.

☐ Transplantasi tidak perlu dilakukan.
No transplantation needed.

4. Khusus untuk Transplantasi Sumsum Tulang Belakang :
Only for Bone Marrow Transplant :

- Apakah menggunakan sel induk hematopoietik? ☐ Ya/Yes ☐ Tdk/No
Is it using hematopoietic stem cells?
- Apakah sebelumnya telah dilakukan ablasi sumsum tulang secara total? ☐ Ya/Yes ☐ Tdk/No
Have previously been performed ablation in total bone marrow?

5. Khusus untuk Gagal Ginjal/ *Only for Renal Failure :*

- Gagal Ginjal terjadi pada : ☐ Ginjal kiri ☐ Ginjal kanan ☐ Kedua Ginjal
The renal failure happened to the : ☐ Left kidney ☐ Right Kidney ☐ Both kidneys
- Gagal Ginjal sudah pada tahap terminal? ☐ Ya/Yes ☐ Tdk/No
Is the kidney failure in a terminal stage?
- Peserta (Yang Diasuransikan) harus menjalani hemodialisis atau dialisis peritoneal secara teratur? ☐ Ya/Yes ☐ Tdk/No
Does the patient need to have a regular hemodialysis or peritoneal dialysis?

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

Nama Dokter
Doctor's Name

Alamat dan Stempel Rumah Sakit
Address and Stamp of the Hospital

Spesialisasi
Specialization

Tanggal
Date

Tanda tangan
Signature