

**SURAT KETERANGAN DOKTER**  
**Cacat karena Kecelakaan**

*MEDICAL CERTIFICATE*  
*Personal Accident & Disablement (PAD)*

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

**Tanggal Lahir**  
*Date of Birth*

**No. Rekam Medik/  
Medical Record No.**

Dokter yang terhormat,  
*Dear Doctor,*

Kami telah menerima pengajuan Klaim Kecelakaan atas nama tersebut diatas yang merupakan Peserta (Yang Diasuransikan) pada PT Prudential Sharia Life Assurance, kami berharap Anda bersedia melengkapi formulir ini untuk kelancaran proses klaim tersebut.

*The name above is insured with PT Prudential Sharia Life Assurance. A claim has been submitted in connection with his/her Accident 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.*

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

1. Tempat dan tanggal terjadinya kecelakaan?

*When and where did the accident take place?*

2. Kapan dan di mana pertama kali Dokter menangani Peserta (Yang Diasuransikan) sesudah terjadinya kecelakaan?

*When and where did you first attend the patient after the accident?*

3. Jenis kecelakaan?

*What is the nature of the accident?*

4. Mohon dijelaskan penyebab kecelakaan menurut pengamatan Dokter.

*Please describe the cause of the accident based on your observation.*

5. Apakah keluhan yang dialami Peserta (Yang Diasuransikan) hanya disebabkan oleh kecelakaan pada saat ini? Jika tidak, apakah ada hubungannya dengan kecelakaan yang terjadi sebelumnya atau penyebab lain? Mohon dijelaskan.

*Are the patient's complains solely caused by this current accident? If not, is there any connection with a previous accident or any other causes (pre-existing condition)? Please describe.*

6. Mohon dijelaskan kronologi jalannya perawatan/pengobatan.  
*Please describe the sequence of treatment/medication.*

Kronologi Jalannya Perawatan/Pengobatan <i>Sequence of Treatment/Medication</i>		
Tanggal <i>Date</i>	Status Klinis Penderita <i>Clinical Status</i>	Tindakan/Pengobatan <i>Treatment/Prescription</i>

7. Apakah cedera yang dialami Peserta (Yang Diasuransikan) dapat menghambat pekerjaannya sehari-hari atau menyebabkan kecacatan? Jika ya, mohon dijelaskan secara rinci baik lokasi dan organ yang terkena. *Please give us your opinion whether the injuries prevented the patient from carrying out his daily occupational duties or caused disability? if yes, please describes details below.*

--

8. Mohon diberikan keterangan jika Peserta (Yang Diasuransikan) merupakan pasien rujukan dan, atau Dokter merujuk Peserta (Yang Diasuransikan) kepada Dokter/Rumah Sakit/Institusi lain.

*Please give us the name and address of the Doctors/Specialists/Hospitals that you recommended to or you have been recommended by.*

- a. Peserta (Yang Diasuransikan) merupakan rujukan dari:

*You have been recommended by:*

Dokter/Rumah Sakit/Institusi <i>Doctors/Hospitals/Institution</i>	Alamat Lengkap <i>address</i>

- b. Peserta (Yang Diasuransikan) saya rujuk kepada:

*You recommended to:*

Dokter/Rumah Sakit/Institusi <i>Doctors/Hospitals/Institution</i>	Alamat Lengkap <i>address</i>

9. Mohon dilampirkan dan jelaskan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan beserta kesimpulan Dokter.

*Please attach and describe any examinations/ tests carried out.*

Jenis Pemeriksaan <i>Test</i>	Kesimpulan <i>Conclusion</i>

10. 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.*

Nama Dokter  
*Doctor's Name*

Alamat dan Stempel Rumah Sakit  
*Address and Stamp of the Hospital*

Spesialisasi  
*Specialization*

Tanggal  
*Date*

Tanda tangan  
*Signature*