

SURAT KETERANGAN DOKTER
MEDICAL CERTIFICATE

Anemia Aplastik/Aplastic Anaemia

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 Anda 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 dideritanya saat ini?

When did you first consult or 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/ <i>Diagnosa</i>	Tanggal/ <i>Dates</i>

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 <i>Date</i>	Bentuk gejala /Perjalanan penyakitnya <i>Symptoms/History of the Disease</i>	Durasi <i>Duration</i>

5. Mohon jelaskan factor 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 Date	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 Date	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>

Mohon dilampirkan semua hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.
Please attached all tests results.

B. RINCIAN MEDIS/MEDICAL DETAILS:

1. Mohon dapat dijelaskan dan dilampirkan hasil dari pemeriksaan Biopsi Sumsum Tulang.
Please explain and attached the results of examination of Bone Marrow Biopsy.

2. Mohon sebutkan jenis perawatan yang telah dilakukan pada Peserta (Yang Diasuransikan).
Please state the type of treatment that has been done on the Insured.

- Transfusi darah/blood product transfusion
- Pengobatan untuk merangsang produksi sumsum tulang/*Marrow stimulating agents*
- Pengobatan immunosuppressive/*Immunosuppressive agents*
- Transplantasi sumsum tulang belakang/*Bone marrow transplantation*
- Lainnya : *Others* :

3. Mohon sebutkan dan lampirkan hasilnya/*Please mention and attach the lab result.*

- Jumlah Neutrophil Absolut
Neutrophil Absolute Amount

- Jumlah Reticulocyte Absolut
Reticulocyte Absolute Amount

- Jumlah Trombosit (Platelet)
Trombocyte (Platelet) Amount

Saya dengan ini menyatakan bahwa 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
Spesialization

Tanggal
Date

Tanda tangan
Signature