

SURAT KETERANGAN DOKTER
MEDICAL CERTIFICATE

- Kanker/Cancer**
 Tumor Jinak Otak/Benign Brain Tumor

Nama Pasien/Peserta (Yang Diasuransikan)*
Patient's Name/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 dan untuk kelancaran proses klaim, kami sangat mengharapkan kerja sama 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 Condition 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. INFORMASI UMUM/GENERAL INFORMATION

1. Sejak kapan pasien berkonsultasi dengan Dokter untuk Penyakit ini?
Since when have you been the medical attendant of this patient for the illness?

2. Mohon cantumkan Diagnosanya?
Please give us your detailed diagnosis?

3. Kapan Diagnosa penyakit ini ditegakkan?
When the illness disease has been diagnosed?

4. Apakah gejala / keluhannya?
What were the patient's chief symptoms/complaints?

5. Sejak kapan gejala dan keluhan tersebut dilaporkan?
Since when the chief symptoms/complaints?

6. Mohon jelaskan hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan.
Please describe the results of physical examination performed.

Tanggal <i>Date</i>	Pemeriksaan Fisik <i>Physical examination</i>	Hasil <i>Result</i>

7. Tindakan medis, pengobatan dan saran apa yang telah diberikan? Mohon jelaskan juga 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 medication/suggestion</i>	Tujuan <i>Purpose</i>

8. Apakah penyebab penyakit ini termasuk cacat bawaan?
Is current condition caused by congenital factors? Ya/Yes Tidak/No

9. Apakah penyebab penyakit diakibatkan oleh HIV?
Is current condition caused by HIV? Ya/Yes Tidak/No

10. Apakah penyebab penyakit karena penyalahgunaan alkohol?
Is current condition caused by alcohol abused? Ya/Yes Tidak/No
11. Mohon berikan nama dan alamat Dokter/spesialis/Rumah Sakit yang pernah dikunjungi oleh Peserta (Yang Diasuransikan) sebelumnya Peserta (Yang Diasuransikan) menjadi pasien Anda.
Please give us the name and address of doctors/specialists/hospitals visited by the patient before he/she was under your treatment.
-
12. Mohon lampirkan semua hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.
Please attach all of test results have been done.

B. Rincian Medis / Medical Details

1. Untuk Kanker: Apakah termasuk Kanker In Situ?
For Cancer: Is it an in situ cancer? Ya/Yes Tdk/No
2. Mohon jelaskan TNM staging-nya, atau bila untuk Leukemia, mohon jelaskan jenisnya?
Please describe the TNM stages or for Leukemia, please explain the type?
-
3. Jika sudah ada metastasis, keorgan mana? *If spread, to which organ?*
-
4. Mohon beri tanda jika kelainannya berupa: *Please indicate the abnormality in the necessary box:*
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <i>Cyst</i>
<input type="checkbox"/> <i>Granuloma</i>
<input type="checkbox"/> <i>Abscess</i>
<input type="checkbox"/> <i>Haematoma</i>
<input type="checkbox"/> <i>Pengapuran/ Calcification</i>
<input type="checkbox"/> <i>Meningioma</i> | <input type="checkbox"/> <i>Neuroma Akustik/ Acoustic Neuroma</i>
<input type="checkbox"/> <i>Malformasi dalam/pada pembuluh darah/ arterio-venous malformation</i>
<input type="checkbox"/> <i>Tumor Kelenjar pituitary/ Pituitary gland tumor</i>
<input type="checkbox"/> <i>Tumor sumsum tulang belakang/ Bone marrow tumor</i> |
|--|--|
5. Apakah operasi telah dilakukan? *Has any surgery been done?* Ya/Yes Tidak/No
 Jika Ya, mohon beri tanda / *If yes, please tick the necessary box below*

- Pengangkatan Tumor Pituitary/*Pituitary Tumor Removal*
- Pembedahan Burr Hole/*Burr Hole Surgery*
- Pembedahan Radikal/*Radical Surgery*
- Tindakan lainnya, mohon jelaskan/*Other operations, please explain*
.....

6. Apakah telah terjadi Kelainan Neurologik yang permanen pada pasien?
Are there any evident of permanent neurologic deficits on the patient?

- Ya/*Yes* Tidak/*No*

Dalam bentuk/*in the form of:*

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.

Nama Dokter
Doctor's Name

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

Spesialisasi
Specialization

Tanggal
Date

Tanda tangan
Signature