

**SURAT KETERANGAN DOKTER  
MEDICAL CERTIFICATE**

*Kebutaan/Blindness*

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 Penyakit Kritis. Kami telah menerima pengajuan klaim sehubungan dengan penyakit tersebut dan 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/ <i>Diagnosa</i> | Tanggal/ <i>Date</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<br><i>Date</i> | Bentuk gejala/Perjalanan penyakitnya<br><i>Symptoms/History of the Disease</i> | Durasi<br><i>Duration</i> |
|------------------------|--|---------------------------|
|                        |  |                           |

5. 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<br><i>Date</i> | Penyebab Penyakit<br><i>Cause of the Disease</i> | Keterangan<br><i>Remarks</i> |
|------------------------|--|------------------------------|
|                        |  |                              |

6. Kapan Peserta (Yang Diasuransikan) pertama kali mengetahui dirinya menderita penyakit ini?  
*When did the patient first become aware of his/her illness?*

|  |
|--|
|  |
|--|

7. 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<br><i>Date</i> | Jenis tindakan medis/pengobatan/saran<br><i>Type of medications/suggestions</i> | Tujuan<br><i>Purpose</i> |
|------------------------|---|--------------------------|
|                        |   |                          |

8. Bagaimana prognosis dalam 12 bulan mendatang?  
*What is the prognosis in the next 12 months?*

Baik, pulih 100%.  
*Good, 100% recovered.*

Tidak ada kemungkinan pulih, karena kelainannya bersifat permanen.  
*No possibility of recovery, permanent disorder.*

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

**B. RINCIAN MEDIS / MEDICAL DETAILS**

1. Mohon jelaskan secara rinci dasar dari ditegakkannya Diagnosa penyakit ini?  
*Based on what evidence do you establish the Diagnosa; please describe in detail?*

|  |
|--|
|  |
|--|

2. Mohon jelaskan hasil pemeriksaan terakhir Peserta (Yang Diasuransikan) dan dapat dilampirkan?  
*Please describe the result of the last examination from patient and attached?*

| Tanggal<br><i>Date</i> | Pemeriksaan<br><i>Examination</i>      |                 |
|------------------------|--|-----------------|
|                        | OD<br><br>Visus .....<br><i>Visual</i> | OS<br><br>..... |

| Tanggal<br><i>Date</i> | Pemeriksaan<br><i>Examination</i> |       |
|------------------------|-----------------------------------|-------|
|                        | OD                                | OS    |
|                        | Funduscopy .....                  | ..... |
|                        | Others .....                      | ..... |

3. Apakah kehilangan penglihatan terjadi pada kedua mata?

*Is blindness in both eyes?*

Ya/Yes

Tidak/No

4. Bagaimana jenis kebutaan pada mata yang diderita oleh pasien?

*How kind of blindness in the eye suffered by patient?*

Menetap/*Irreversible*

Tidak menetap / *reversible*

5. Mohon jelaskan penyebab kebutaan tersebut.

*Please explain the causes of blindness.*

Kecelakaan/*Accident*

Penyakit/*Sickness*. Jelaskan/*Please explain* .....

Lainnya/*Others* .....

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  
*Spesialization*

Tanggal  
*Date*

Tanda tangan  
*Signature*