

SURAT KETERANGAN DOKTER
MEDICAL CERTIFICATE

Kehilangan Anggota Gerak / *Loss of Limbs*

Kelumpuhan / *Paralysis*

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 a 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 diagnose 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 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 / <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. Mohon jelaskan pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan.
Please describe the examination has been done.

Tanggal Date	Pemeriksaan penunjang <i>The examination</i>	Hasil <i>Result</i>

2. Apakah Peserta (Yang Diasuransikan) membutuhkan pengawasan/bantuan yang permanen dalam melaksanakan aktivitas sehari-hari?

Does the patient need any permanent assistance in his/ her daily activities?

Ya/Yes : Mohon jelaskan jenis aktivitas yang dimaksud/ *Please explain type of activity*

.....
.....

Tidak/No

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