

SURAT KETERANGAN DOKTER
MEDICAL CERTIFICATE

- Trauma Kepala Serius/*Major Head Trauma*
- Gangguan intelektual akibat penyakit atau kecelakaan/*Intellectual impairment due to Illness or accident*

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 kami ucapkan terima kasih.
Thank you.

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

Mohon Dokter berkenan menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut ini :

1. Tempat kecelakaan :
Place of accident
2. Tanggal kecelakaan :
Date of accident
3. Kapan dan di mana pertama kali Dokter menangani pasien sesudah terjadinya kecelakaan?
When and where did you first attend the patient after the accident?

<i>Tanggal</i> <i>Date</i>	<i>Tempat</i> <i>Place</i>

4. Jenis kecelakaan :
5. Mohon dijelaskan penyebab kecelakaan menurut pengamatan Dokter.
Please describe the cause of the accident based on your observation.

6. Apakah kondisi medis pasien saat ini semata-mata hanya disebabkan oleh kecelakaan tersebut?
Is patient's current medical condition solely caused by the accident?

Ya/Yes

Tidak/No

Jika tidak, apakah ada hubungannya dengan kecelakaan yang terjadi sebelumnya atau penyebab lain? Mohon dijelaskan.

If not, is there any connections with previous accidents or any other causes? Please describe.

7. Mohon dituliskan perawatan medis yang telah diberikan.

Please describe treatment rendered.

Jenis perawatan medis yang telah diberikan/ <i>Types of treatment given</i>		
Tanggal <i>Date</i>	Status Klinis Penderita <i>Clinical Status</i>	Tindakan/Pengobatan <i>Treatment/ Prescription</i>

Mohon dilampirkan semua hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.

Please attached all tests results.

8. Mohon jelaskan sejauh mana tingkat defisit neurologis maupun gangguan intelektual Peserta (Yang Diasuransikan)?

Please describe the extent of the neurologic deficits as well as the intellectual imbalance of the patient?

Tanggal <i>Date</i>	Tingkat Defisit Neurologis dan atau Gangguan Intelektual <i>Neurologic deficit and or intellectual imbalance</i>

9. Mohon dijelaskan hasil pemeriksaan IQ pada Peserta (Yang Diasuransikan).

Please explain the results of IQ on the Insured.

--

10. Apakah penyebab Gangguan Intelektual yang dialami Peserta (Yang Diasuransikan)?

What causes the Intellectual impairment suffered by the Insured?

- Kecelakaan/*Accident*
- Penyakit/*Illness*. Tolong jelaskan/*Please explain*
- Trauma saat kehamilan/*Trauma during pregnancy*
- Komplikasi kehamilan/*Complications of pregnancy*
- Lainnya/*Others*

11. 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.

12. Mohon beri tanda pada hal-hal dimana terdapat ketidakmampuan total pada pasien untuk menjalaninya (dengan atau tanpa bantuan) setidaknya selama 6 (enam) bulan terus menerus.

Please tick in the boxes if there is/are reduction in patient's ability to perform (whether aided or unaided) for a continuous period of 6 (six) months.

Mandi (kemampuan sendiri membersihkan tubuh saat mandi atau menggunakan pancuran atau membersihkan tubuh menggunakan cara-cara lainnya dengan baik
Washing (the ability to wash in the bath or shower or wash satisfactorily by other means)

Berpakaian (kemampuan sendiri untuk mengenakan, melepas, mengencangkan dan melonggarkan segala jenis pakaian, termasuk juga apabila diperlukan mengenakan segala jenis penopang/penyangga tubuh, kaki/tangan palsu atau perangkat bantu lainnya)
Dressing (the ability to put on, take off, secure and unfasten all garments and, as appropriate, any braces, artificial limbs or other surgical appliances)

Beralih tempat, diartikan sebagai kemampuan sendiri untuk memindahkan tubuh dari tempat tidur ke kursi dengan sandaran yang tegak atau ke kursi roda atau sebaliknya.
Transferring (the ability to move from a bed to an upright chair or wheelchair and vice versa)

Berpindah, diartikan sebagai kemampuan sendiri untuk berpindah didalam ruangan dari satu tempat ke tempat lain pada lantai yang datar
Mobility (the ability to move indoors from room to room on level surfaces)

Buang air, diartikan sebagai kemampuan sendiri untuk buang air di kamar kecil atau jamban, atau setidaknya mampu menahan buang air untuk menjaga tingkat kebersihan diri yang memadai
Toileting (the ability to use the lavatory or otherwise manage bowel and bladder functions so as to maintain a satisfactory level or personal hygiene)

Menyuiap, diartikan sebagai kemampuan sendiri untuk menyuiap makanan yang sudah disiapkan dan terhidang
Feeding (the ability to feed oneself once food has been prepared and made available)

13. Apakah akibat defisit neurologik permanen yang dialami mengharuskan Peserta (Yang Diasuransikan) memerlukan perawatan dan tinggal dirumah dibawah pengawasan medis atau di Rumah Sakit selama minimum 6 bulan?

Does deficit neurologic permanent requires care and living at home under medical supervision or in the hospital for a minimum of 6 months?

Ya/Yes : Mohon jelaskan /Please explain
.....

Tidak/No.

14. 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.

Lainnya : Others :

15. Mohon dapat dituliskan 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
Spesialization

Tanggal
Date

Tanda tangan
Signature