



PT Prudential Life Assurance  
Prudential Tower  
Jl. Jend. Sudirman Kav. 79, Jakarta 12910  
Customer Care: 1500085/ customer.idn@prudential.co.id  
www.prudential.co.id  
PT Prudential Life Assurance terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

**RAHASIA**  
*Confidential*

---

**SURAT KETERANGAN DOKTER**  
***MEDICAL CERTIFICATE***

***Asma Berat /Severe Asthma***

---

**Nama Pasien/Tertanggung**  
***Name of Patient/Life Assured***

**Tanggal Lahir**  
***Date of Birth***

**No. Rekam Medik/**  
***Medical Record No.***

Dokter yang terhormat,  
*Dear Doctor,*

Nama tersebut di atas adalah Tertanggung pada PT Prudential 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 kerjasama Anda untuk melengkapi formulir ini.

*The name above is insured with PT Prudential 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.*

---

1. Sejak kapan pasien berkonsultasi dengan Dokter ?  
*Since when have you been the medical attendant of this patient ?*

2. Kapan Dokter pertama kali memberikan konsultasi untuk kondisi penyakit yang dideritanya saat ini ?  
*When were you first consulted for this current condition ?*

3. Kapan pasien pertama kali mengetahui dirinya menderita penyakit ini ?  
*When did the patient first become aware of his/her illness ?*

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 Dokter jelaskan Diagnosa pasien secara rinci (termasuk lokasi organ dan tingkat keparahannya) dan kapan Diagnosa tersebut ditegakkan.  
*Please give us your detailed Diagnosa ( including the location of the organ and stage) and when the Diagnosa was established.*

Diagnosa/ <i>Diagnosa</i>	Tanggal/ <i>Dates</i>

6. Mohon jelaskan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan dan lampirkan.  
*Please describe the results of the examination has been done & attached.*

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

7. Mohon jelaskan berapa kali serangan asma yang terjadi pada Tertanggung ?  
*Please explain how many times the asthma attacks that occurred on the insured ?*

8. Apakah Tertanggung membutuhkan perawatan dengan bantuan ventilator ?  
*Does the Insured requires the treatment with a ventilator ?*

Ya/Yes

Tidak/No

9. Jika Ya, Berapa lama (jam) Tertanggung membutuhkan perawatan dengan bantuan ventilator secara terus menerus ? ..... Jam

*If Yes, How long (hours) the Insured requires treatment with a ventilator is continuously ?  
..... hours*

10. Jika ada, mohon diberikan informasi lainnya yang menurut Dokter dapat membantu Bagian Klaim kami untuk memproses klaim ini.

*Please provide details, if you have any information, which in your opinion, could assist our Claim Department in assessing this claim.*

---

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*