



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***

**Bakteri Radang Selaput Otak/ Sumsum Tulang / *Meningitis Bakterial***

**Ensefalitis / *Encephalitis***

---

**Pasien/Tertanggung**  
***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 untuk kelancaran proses klaim tersebut, 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 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 Anda kami ucapkan terima kasih.  
*Thank you.*

---

## A. UMUM / GENERAL

1. Sejak kapan Tertanggung 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 Tertanggung 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/Diagnosa	Tanggal/Dates

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 Date	Bentuk gejala / Perjalanan penyakitnya <i>Symptoms/History of the Disease</i>	Durasi Duration

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 Tertanggung, 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 Tertanggung 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>

**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 sejauh mana tingkat defisit neurologis maupun gangguan intelektual Tertanggung ?  
*Please describe the extent of the neurologic deficits as well as the intellectual imbalance of the patient ?*

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

3. Mohon jelaskan lokasi dan manifestasi lesi dari sistem syaraf sensorik/motorik/daerah lain di otak/batang otak.  
*Please describe the location and manifestation of the lesion in the sensoric nerve system/motoric/or other areas in the brain/brain stem.*

Lokasi Lesi <i>Location of the Lesion</i>	Manifestasi Lesi <i>Manifestation</i>

4. Mohon jelaskan pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan.

*Please describe the examination has been done.*

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

Mohon melampirkan hasil pemeriksaan tersebut.

*Please attached the result of the examination has done.*

4. Apakah Tertanggung 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.

6. 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 of personal hygiene)*

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

7. Apakah akibat defisit neurologik permanen yang dialami mengharuskan Tertanggung 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.

---

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*