



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

Fatty Liver pada kehamilan / *Fatty liver of pregnancy*

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 Komplikasi Kehamilan/ Kelahiran. 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 Pregnancy Complication 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.

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 dideritanya 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 / <i>Diagnosa</i> | Tanggal/Date |
|----------------------------|--------------|
| | |

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 Tertanggung, termasuk saat terjadinya ?
Please describe the cause of the disease, inclusive the date of first occurrence ?

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

9. Jika ada, mohon dituliskan penyakit lain yang diderita Tertanggung yang belum dijelaskan diatas.
Please state any other diseases not yet explained above, if any.

| Nama Penyakit <i>Disease</i> | Sejak kapan diderita <i>First suffered</i> | Keterangan <i>Remarks</i> |
|---------------------------------|---|------------------------------|
| | | |

B. RINCIAN MEDIS / *MEDICAL DETAILS* :

1. Apakah Tertanggung dalam keadaan hamil ?

Is this patient is pregnant ?

Tidak/*No*

Ya, berapa usia kehamilan saat ini ?

Yes, how old the current pregnancy ?

2. Apakah Tertanggung mengalami Komplikasi Kehamilan ?

Whether the patients had complications of pregnancy ?

Ya/*Yes*

Tidak/*No*

3. Mohon Dokter jelaskan Diagnosa Komplikasi Kehamilan yang dialami Tertanggung saat ini dan kapan Diagnosa tersebut ditegakkan.

Please give us your detailed Diagnosa of Pregnancy Complications and when the Diagnosa was established.

4. Kapan Tertanggung/Peserta pertama kali mengetahui menderita penyakit ini ?

When did the patient first become aware of his/her illness ?

5. Mohon jelaskan bentuk gejala dan perjalanan penyakitnya, beserta tanggal dan durasinya.

Please describe the symptoms and history of the disease, including date and duration.

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

6. 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.

7. Apakah Tertanggung mengalami *Fatty Liver* berat dan akut yang terjadi selama kehamilan ?
Is severe and acute Fatty Liver that occur during pregnancy ?

Ya/Yes

Tidak/No

8. Apakah *Fatty Liver* yang dialami Tertanggung berkaitan dengan kegagalan hati akut ?
Is Fatty Liver that be suffered relate to acute liver failure ?

Ya/Yes

Tidak/No

9. Apakah terdapat kelainan sebagai berikut :
Are there any signs of :

- Peningkatan bilirubin diatas 150 umol/L (10 mg/dL) Ya/Yes Tidak/No
selama minimum 5 hari
Increased bilirubin above 150 umol/L (10 mg/dL) for a minimum of 5 days

- Berkaitan dengan *Encephalopathy Hepatic* Ya/Yes Tidak/No
Associated with Hepatic Encephalopathy

10. Mohon tuliskan 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.

N a m a
Name

Alamat dan Stempel Rumah Sakit
Address and Stamp of the Hospital

Spesialisasi
Specialization

Tanggal
Date

Tanda tangan
Signature