



**R A H A S I A**  
*Confidential*

**PT Prudential Life Assurance**

**Kantor Pusat :**

Prudential Tower

Jl. Jend. Sudirman Kav.79, Jakarta 12910

Telp : (6221) 2995 8999

Fax : (6221) 2995 8899

E-mail : customer.idn@prudential.co.id

**SURAT KETERANGAN DOKTER**  
**Cacat karena Kecelakaan**

***MEDICAL CERTIFICATE***  
***Personal Accident & Disablement (PAD)***

**Pasien/Tertanggung**  
***Patient/Life Assured***

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

**No. Registrasi/**  
***Registration No.***

Dokter yang terhormat,  
*Dear Doctor,*

Kami telah menerima pengajuan Klaim Kecelakaan atas nama tersebut diatas yang merupakan Tertanggung pada PT Prudential Life Assurance, kami berharap Dokter bersedia melengkapi formulir ini untuk mempercepat pemrosesan klaim tersebut.

*The name above is insured with PT Prudential Life Assurance. A claim has been submitted in connection with his/her Accident and to enable us to assess the claim, we would be grateful for your co-operation in the completion of this form.*

Terima kasih banyak atas kerjasamanya.  
*Thank you.*

1. Tempat dan tanggal terjadinya kecelakaan ?

*When and where did the accident take place ?*

2. Kapan dan di mana pertama kali Dokter menangani Tertanggung sesudah terjadinya kecelakaan ?

*When and where did you first attend the patient after the accident ?*

3. Jenis kecelakaan ?

*What is the nature of the accident ?*

4. Mohon dijelaskan penyebab kecelakaan menurut pengamatan Dokter.

*Please describe the cause of the accident based on your observation ?*

5. Apakah keluhan yang dialami Tertanggung hanya disebabkan oleh kecelakaan pada saat ini ? Jika tidak, apakah ada hubungannya dengan kecelakaan yang terjadi sebelumnya atau penyebab lain ? Mohon dijelaskan.

*Are the patient's complains solely caused by this current accident ? If not, is there any connection with a previous accident or any other causes (pre-existing condition)? Please describe.*

6. Mohon dijelaskan kronologi jalannya perawatan/pengobatan.  
*Please describe the sequence of treatment/ medication.*

<b>Kronologi Jalannya Perawatan/Pengobatan</b> <i>Sequence of Treatment/Medication</i>		
<b>Tanggal</b> <i>Date</i>	<b>Status Klinis Penderita</b> <i>Clinical Status</i>	<b>Tindakan/Pengobatan</b> <i>Treatment/Prescription</i>

7. Apakah cedera yang dialami Tertanggung dapat menghambat pekerjaannya sehari-hari atau menyebabkan kecacatan ? Jika ya, mohon dijelaskan secara rinci baik lokasi dan organ yang terkena.  
*Please give us your opinion whether the injuries prevented the patient from carrying out his daily occupational duties or caused disability ? if yes, please describes details below*

--

8. Mohon diberikan keterangan jika Tertanggung merupakan pasien rujukan dan, atau Dokter merujuk Tertanggung kepada dokter/rumah sakit/institusi lain.

*Please give us the name and address of the doctors/specialists/hospitals that you recommended to or you have been recommended by.*

a. Tertanggung merupakan rujukan dari :

*You have been recommended by :*

Dokter/Rumah Sakit/Institusi	Alamat Lengkap

b. Tertanggung saya rujuk kepada :

*You recommended to :*

Dokter/Rumah Sakit/Institusi	Alamat Lengkap

9. Mohon dilampirkan dan jelaskan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan beserta kesimpulan Dokter.

*Please attach and describe any examinations/ tests carried out.*

Jenis Pemeriksaan	Kesimpulan

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 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*

Tanggal  
*Date*

Tanda tangan  
*Signature*