



**RAHASIA**  
*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**  
**Ketuliaan**

***MEDICAL CERTIFICATE***  
***Deafness***

---

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

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

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

Dokter yang terhormat,  
*Dear Doctor,*

Nama tersebut di atas adalah **Tertanggung** pada PT Prudential Life Assurance atas manfaat yang berkaitan dengan salah satu Penyakit Kritis. Kami telah menerima pengajuan klaim sehubungan dengan penyakit tersebut untuk mempercepat pemrosesan klaim tersebut, kami sangat mengharapkan kerjasama Dokter 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.*

Terima kasih banyak atas perhatian dan kerjasama dokter.  
*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)  
*Please give us your detailed diagnosis (including the location of the organ and the stage*

4. Mohon jelaskan bentuk gejala dan perjalanan penyakitnya, beserta tanggal dan durasinya ?  
*Please describe the symptoms and history of the disease, date and duration.*

<i>Tanggal Date</i>	<i>Bentuk gejala / Perjalanan penyakitnya Symptoms/History of the Disease</i>	<i>Durasi 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 easily caused 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 first of 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. Jika diketahui, mohon diberitahukan nama dan alamat Dokter/Rumah Sakit yang pernah dikunjungi Tertanggung sebelumnya ?

*Please give us the name and address of doctors/specialists/hospitals visited by the patient before he/she was under your treatment.*

Nama <i>Name</i>	Alamat <i>Address</i>	Keterangan <i>Remarks</i>

9. Tindakan medis, pengobatan dan saran apa yang telah diberikan dan mohon jelaskan tujuannya.

*Please describe any medication or suggestions that was given to the patient and the purpose.*

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

10. Jika ada, mohon dituliskan penyakit lain yang diderita Tertanggung yang belum dijelaskan diatas

*If any medication was given, please state any other diseases that was not explained above*

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

11. Mohon diberikan nama dan alamat dokter / Rumah Sakit yang Dokter rujuk untuk perawatan Tertanggung selanjutnya.  
*Please give us the name and address of doctors/specialists/hospitals to be visited by the patient for further treatment.*

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

12. Bagaimana prognosis dalam 12 bulan mendatang ? (*What is the prognosis in the next 12 months*)

Baik, pulih 100%                       Tidak ada kemungkinan pulih, karena kelainannya bersifat permanen. *Good, 100% recovered*                      *No recovery, permanent disorder*

Selamanya membutuhkan alat bantu berupa : *Need aids permanently, i.e.:*  
 .....

Lainnya : *Others :*  
 .....

13. Mohon dilampirkan semua hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.  
*Please attached all tests results*

**B. RINCIAN MEDIS / *MEDICAL DETAILS***

1. Mohon dijabarkan secara lengkap data dan tanggal penyebab ketulian.  
*Please provide full and exact details of the injury or disease causing deafness, to include dates.*

2. Mohon dijabarkan secara lengkap tentang pemeriksaan yang pernah dilakukan misalnya audiograms, dll.

*Please provide details of all investigations carried out e.g audiograms, etc*

3. Apakah masih terdapat kemampuan mendengar pada kedua buah telinga ? Mohon dijelaskan keadaan dan tingkatannya.

*Is there any residual hearing in either ear ? Please give details of the degree of hearing*

4. Apakah ada operasi yang memungkinkan pengembalian pendengaran pada satu atau kedua buah telinga ? Mohon dijelaskan keadaan dan tingkatannya.

*Is there any surgery available that could re-instate the hearing in either or both ears ?*

5. Mohon konfirmasi Dokter, bahwa kehilangan pendengaran tersebut terjadi pada kedua buah telinga dan bersifat permanen.

*Please confirm that the deafness in both ears will be of a permanent nature*

6. Pengobatan apakah yang diberikan pada saat ini ?

*What treatment is currently being administered ?*

