



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
Klaim Meninggal

MEDICAL CERTIFICATE
Death Claim

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** (selanjutnya disebut **Almarhum/Almarhumah**) pada PT Prudential Life Assurance. Kami telah menerima pengajuan Klaim Meninggal, agar kami dapat menilai keabsahan klaim tersebut, kami sangat mengharapkan kerjasama Dokter untuk melengkapi formulir ini.

*The name above is insured with PT Prudential Life Assurance (hereinafter called **the Deceased**). A claim has been submitted in connection with the death of the Life Assured and to enable us to assess the claim, we would be grateful for your co-operation in the completion of this form.*

Terima kasih atas kerjasamanya.
Thank you

1. Di mana Almarhum/Almarhumah menjadi pasien Dokter ? (misalnya : praktek pribadi, klinik, rumah sakit dll. Sebutkan pula alamatnya)

Where did the Deceased consult you ? (e.g. private practice, clinic, hospital, etc). Please include addresses

2. Mohon tuliskan tanggal-tanggal konsultasi Almarhum/Almarhumah dengan Dokter ? *Please state dates of consultation*

3. Untuk penyakit apa Dokter merawat Almarhum/Almarhumah pada konsultasi yang pertama ? Mohon dijelaskan pula **ANAMNESA** Dokter pada saat itu.

*During first consultation, what medical condition did you treat the Deceased for ? Please explain your **ANAMNESIS** at that time*

4. Tempat dan tanggal meninggal. *What was the date and place of death ?*

5. Apakah Dokter hadir pada saat kematian ? Jika ya, apa penyebab utama kematian dan sejak kapan kondisi yang menyebabkan kematian tersebut diderita Almarhum/Almarhumah ?

Were you present at the time of death ? If yes, what was the cause of death and since when did the Deceased suffer from this condition ?

- a. Mohon dijelaskan secara rinci diagnosa Dokter atas penyakit tersebut sebelum kematian dan tanggal diagnosis tersebut ditegakkan.

Please explain in detail your diagnosis before death occurred and when the diagnosis was established.

Diagnosis	Tanggal/Date

- b. Mohon dilampirkan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan beserta kesimpulan Dokter.

Please attach tests results and your conclusions.

Jenis Pemeriksaan <i>Type of tests</i>	Kesimpulan <i>Conclusions</i>

6. Jika Dokter tidak hadir pada saat kematian, kapan dan untuk penyakit apa Dokter merawat Almarhum/Almarhumah untuk terakhir kalinya ?

If you were not present at the time of death, for what medical condition did you treat the Deceased for the last time, and when ?

--

- a. Mohon dijelaskan secara rinci diagnosa Dokter atas penyakit tersebut.

Please describe your diagnosis on that particular disease in detail .

--

- b. Mohon dilampirkan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan beserta kesimpulan Dokter.
Please attach and describe any examinations/ tests carried out and your conclusions.

Jenis Pemeriksaan <i>Type of tests</i>	Kesimpulan <i>Conclusions</i>

7. Menurut pengamatan Dokter, apakah kematian ini juga disebabkan dipercepat atau merupakan komplikasi dari penyakit lain ? Jika ya, mohon dijelaskan jenis penyakit apa saja dan sudah sejak kapan diderita Almarhum/Almarhumah.
Based on your observations, is there any possibility that death was also caused, precipitated or a complication of other diseases ? If yes, what disease and since when suffered by the Deceased

--

8. Mohon diberikan keterangan jika Tertanggung merupakan pasien rujukan dan, atau Dokter merujuk Almarhum/Almarhumah kepada dokter/rumah sakit/institusi lain.
Please give us the name and address of doctors/specialists/hospitals previously visited by the Deceased, or whom you referred the Deceased to.

- a. Tertanggung merupakan rujukan dari : *The Deceased was referred by :*

Dokter/Rumah Sakit/Institusi <i>Doctor/Hospital/Institution</i>	Alamat <i>Address</i>

b. Tertanggung saya rujuk kepada : *The Deceased was referred to:*

Dokter/Rumah Sakit/Institusi <i>Doctor/Hospital/Institution</i>	Alamat <i>Address</i>

9. Berapa lama Almarhum/Almarhumah dirawat di rumah sakit ? Mohon dijelaskan periode-periodenya.

How long was the Deceased hospitalized ? Please specify and fill in for what period

10. Apakah ada hal lain yang mempengaruhi sebab kematian Almarhum/Almarhumah, yang berasal dari kebiasaan (narkotik, alkohol, dll), sejarah keluarga atau pekerjaan ?

Is there any other particulars in connections with the Deceased's habit (alcohol, narcotics, etc), family history or occupation, that may have caused his/her death ?

11. 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 Praktek/Rumah Sakit
Address and stamp of the Hospital

Tanggal
Date

Tanda tangan
Signature