



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
MEDICAL CERTIFICATE

Penyakit Paru Kronik /Chronic Pulmonary Disease
Disabling Primary Pulmonary Hypertension

Nama Pasien/Tertanggung
Name of 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 dan untuk mempercepat pemrosesan klaim, 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 Condition 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 for your attention and co-operation.

1. Sejak kapan pasien berkonsultasi dengan dokter ?
Since when have you been the medical attendant of this patient ?

2. Kapan Dokter pertama kali memberikan konsultasi untuk kondisi penyakit yang dideritanya saat ini
When were you first consulted for this current condition ?

3. Kapan pasien pertama kali mengetahui dirinya menderita penyakit ini ?
When did the patient first become aware of his/her illness ?

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>

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

5. Mohon Dokter jelaskan diagnosis pasien secara rinci (termasuk lokasi organ dan tingkat keparahannya) dan kapan diagnosis tersebut ditegakkan. / *Please give us your detailed diagnosis (including the location of the organ and stage) and when the diagnosis was established*

Diagnosis	Tanggal/Dates

6. Apakah sudah terdapat bukti hasil tes fungsi paru FEV₁ < 1 liter secara konsisten ?
Is there any proof from the pulmonary function test showing a consistent FEV₁ result less than 1 litre ?

Ya/Yes, dilakukan tanggal/dated Tidak/No

7. Apakah sudah timbul sesak nafas walaupun sedang beristirahat ?
Is dyspnea occurred at rest ?

Ya/Yes Tidak/No

8. Apakah sudah diperlukan terapi suplementasi oksigen permanen untuk kondisi hipoksemianya ? *Has permanent supplementary oxygen therapy required for the hypoxemia ?*

Ya/Yes

Tidak/No

9. Apakah sudah didiagnosis sebagai penyakit paru kronik stadium tahap akhir ? *Is the diagnosis confirmed to be terminal stage for chronic pulmonary disease ?*

Ya/Yes

Tidak/No

10. Apakah sudah terdapat ketidakmampuan jantung setidaknya sesuai dengan *New York Heart Association Classification Class 4* ? *Has cardiac impairment occurred which fulfilled the New York Heart Association Classification Class 4 ?*

Ya/Yes

Tidak/No

11. Apakah sudah terdapat bukti adanya peningkatan tekanan pulmoner menetap > 30 mmHg ? *Is there any proof that there has been a permanent increase of pulmonary pressure > 30 mmHg ?*

Ya, selama lebih dari 6 (enam) bulan terus menerus/ *Yes, for more than 6 (six) continuous months*

Ya, namun belum melebihi 6 (enam) bulan terus menerus/ *Yes, but not yet exceeding 6 (six) continuous months*

Tidak/No

12. Apakah kondisi pasien diakibatkan oleh keberadaan HIV ? *Is the patient's condition caused by HIV ?*

Ya/Yes

Tidak/No

13. Mohon jelaskan penyebab penyakit ini pada pasien, termasuk saat terjadinya / *Please describe the cause of the disease in this patient, inclusive the date of occurrence*

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

14. 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>

15. Mohon menuliskan tindakan medis, pengobatan dan saran yang telah diberikan beserta tujuan tindakan medis/pengobatan tersebut/*Please describe any medications or suggestions given to the patient and purpose of such medications/suggestions*

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

16. Jika ada, mohon dituliskan penyakit lain yang diderita pasien yang belum dijelaskan di atas/*Please state any other diseases suffered not yet explained above, if any*

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

17. Jika diketahui, mohon diberitahukan nama dan alamat Dokter/Rumah Sakit yang pernah dikunjungi pasien sebelumnya ? /*Please give us the name and address of doctors/specialists /hospitals visited by the patient before he/she was under your treatment.*

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

18. Mohon diberikan nama dan alamat dokter / Rumah Sakit yang Dokter rujuk untuk perawatan pasien selanjutnya./*For further treatment, please give us the name and address of doctors/specialists /hospitals to whom you would like to refer this patient to*

Nama Name	Alamat Address	Keterangan Remarks

19. Jika ada, mohon berikan informasi lainnya yang menurut Dokter dapat membantu Bagian Klaim kami untuk memproses klaim ini./ *Please provide any information, which in your opinion, could assist our Claims Department in assessing this claim*

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
Name

Alamat dan Stempel /Rumah Sakit
Address and Stamp of the Hospital

Tanggal
Date

Tanda tangan
Signature