



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***

**Luka Bakar Kritis / *Critical Burns***

---

**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 Kondisi Kritis. 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 Critical Illness and to enable us to assess the claim, we would be grateful for your cooperation in the completion of this form.*

Atas kerja sama Anda 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 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) 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	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 Date	Bentuk gejala / Perjalanan penyakitnya <i>Symptoms/History of the Disease</i>	Durasi Duration

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>

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

Baik, pulih 100%  
*Good , 100% recovered*

Tidak ada kemungkinan pulih, karena kelainannya bersifat permanen.  
*No possibility of recovery permanent disorder*

Selamanya membutuhkan alat bantu berupa : *Permanently need aids, i.e.:*  
 .....

Lainnya : *Others :*  
 .....

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

## B. RINCIAN MEDIS / *MEDICAL DETAIL*

1. Sebutkan daerah (sesuai dengan tabel *Lund and Browder Body Surface*) dan derajat luka bakar yang dialami Tertanggung.

*Please state the location and degree of the burn injury (refer to the attached diagram please).*

2. Tindakan apa yang telah dilakukan terhadap Tertanggung pada keadaan luka bakar ?

*What kind of treatment was administered to the patient's burn ?*

3. Mohon dijabarkan secara rinci komplikasi cedera (bila ada) yang terjadi akibat luka bakar tersebut.

*Please provide details of the burn injury complication (if any).*

4. 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

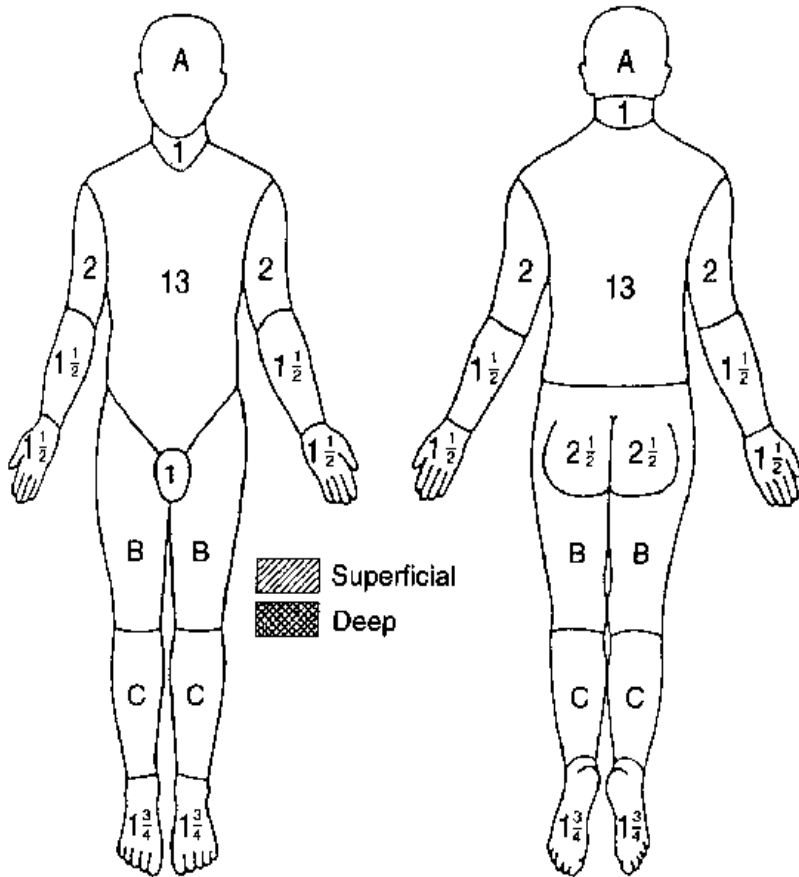
*I hereby declare that the foregoing answers are each and all true to the best of my knowledge and belief.*

N a m a  
*Name*

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

Tanggal  
*Date*

Tanda tangan  
*Signature*



Region	%
--------	---

- Head
- Neck
- Ant. Trunk
- Post. Trunk
- Right arm
- Left arm
- Buttocks
- Genitalia
- Right leg
- Left leg
- Total burn**