



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 / *Burn Injury***

---

**Nama Pasien/Tertanggung**  
***Patient's Name/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 kelancaran proses klaim, kami sangat mengharapkan kerja sama 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 kerjasama Anda kami ucapkan terima kasih  
*Thank you,*

---

**A. INFORMASI UMUM / GENERAL INFORMATION**

1. Sejak kapan pasien berkonsultasi dengan Dokter untuk Penyakit ini ?   
*Since when have you been the medical attendant of this patient for the illness ?*

2. Mohon cantumkan Diagnosanya ?   
*Please give us your detailed diagnosis ?*

3. Kapan Diagnosa penyakit ini ditegakkan ?   
*When the illness disease has been diagnosed ?*

4. Apakah gejala / keluhannya ?  
*What were the patient's chief symptoms / complaints ?*

5. Sejak kapan gejala dan keluhan tersebut dilaporkan ?   
*Since when the chief symptoms / complaints ?*

6. Mohon jelaskan hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan.  
*Please describe the results of physical examination performed.*

Tanggal <i>Date</i>	Pemeriksaan Fisik <i>Physical examination</i>	Hasil <i>Result</i>

7. Tindakan medis, pengobatan dan saran apa yang telah diberikan ? Mohon jelaskan juga 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 medication / suggestion</i>	Tujuan <i>Purpose</i>

8. Apakah penyebab penyakit ini termasuk cacat bawaan ?  Ya/Yes  Tidak/No  
*Is current condition caused by congenital factors ?*

9. Apakah penyebab penyakit diakibatkan oleh HIV ?  Ya/Yes  Tidak/No  
*Is current condition caused by HIV ?*

10. Apakah penyebab penyakit karena penyalahgunaan alkohol ?  Ya/Yes  Tidak/No  
*Is current condition caused by alcohol abused ?*

11. Mohon berikan nama dan alamat Dokter / spesialis / Rumah Sakit yang pernah dikunjungi oleh Tertanggung sebelumnya Tertanggung menjadi pasien Anda.  
*Please give us the name and address of doctors / specialists / hospitals visited by the patient before he/she was under your treatment.*

12. Mohon lampirkan semua hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.  
*Please attach all of test results have been done.*

## **B. RINCIAN MEDIS / *MEDICAL DETAIL***

1. Sebutkan bagian tubuh yang mengalami luka bakar (sesuai dengan Rule of Nine yang tercantum pada diagram terlampir) dan derajat luka bakar yang dialami Pasien.  
*Please state the location of the burn injury (refer to the attached diagram please).*

2. Mohon sebutkan persentase bagian permukaan tubuh yang mengalami luka bakar.  
*Please state the percentage of body surface occurring the burn injury.*

3. Mohon tunjukkan persentase bagian tubuh yang mengalami luka bakar pada gambar terlampir.  
*Please show the percentage of body regions as show on image below.*

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*

Nama Dokter  
*Doctor's Name*

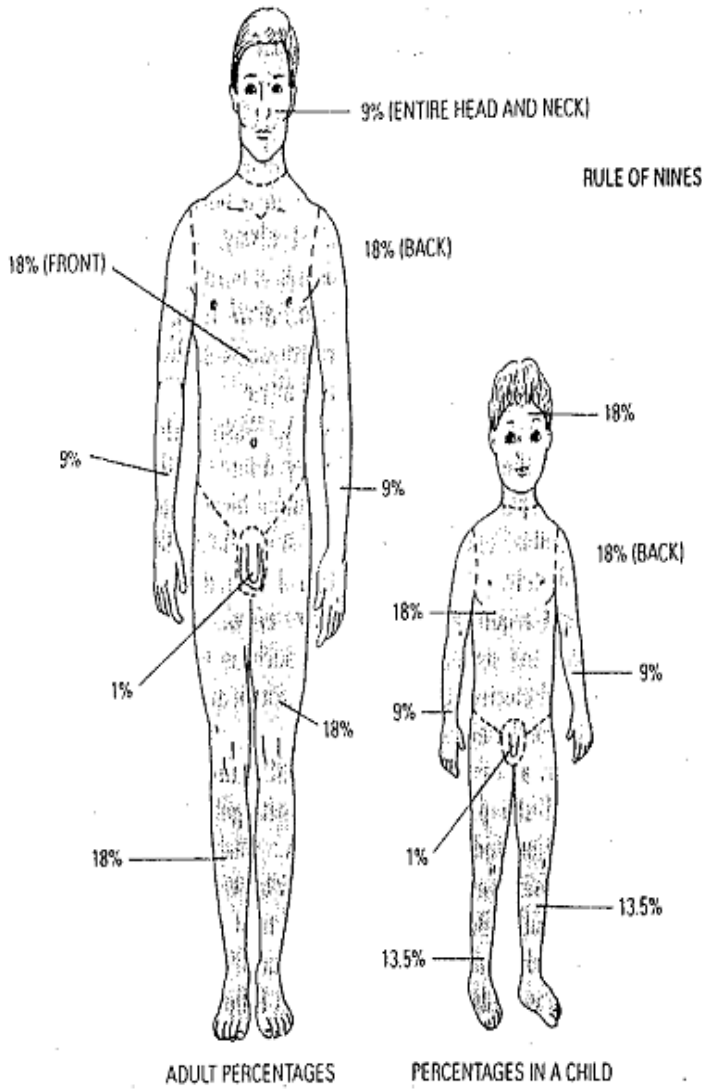
Alamat dan Stempel /Rumah Sakit  
*Address and Stamp of the Hospital*

Spesialisasi  
*Spesialization*

Tanggal  
*Date*

Tanda tangan  
*Signature*

**BURNS**



**CLASSIFICATION OF BURNS**

