



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

- Kanker / *Cancer***
 Tumor Jinak Otak / *Benign Brain Tumor*
-

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 Condition and to enable us to assess the claim, we would be grateful for your cooperation in the completion of this form.

Atas kerja sama 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 Details

1. Untuk Kanker : Apakah termasuk Kanker In Situ ? Ya/Yes Tdk/No
For Cancer : Is it an in situ cancer ?

2. Mohon jelaskan TNM staging-nya, atau bila untuk Leukemia, mohon jelaskan jenisnya ?
Please describe the TNM stages or for Leukemia, please explain the type

3. Jika sudah ada metastasis, keorgan mana ? *If spread, to which organ ?*

4. Mohon beri tanda jika kelainannya berupa : *Please indicate the abnormality in the necessary box :*

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cyst | <input type="checkbox"/> Neuroma Akustik / <i>Acoustic Neuroma</i> |
| <input type="checkbox"/> Granuloma | <input type="checkbox"/> Malformasi dalam/pada pembuluh darah/ <i>arterio-venous malformation</i> |
| <input type="checkbox"/> Abscess | <input type="checkbox"/> Tumor Kelenjar pituitary / <i>Pituitary gland tumor</i> |
| <input type="checkbox"/> Haematoma | <input type="checkbox"/> Tumor sumsum tulang belakang / <i>Bone marrow tumor</i> |
| <input type="checkbox"/> Pengapuran/ <i>Calcification</i> | |
| <input type="checkbox"/> Meningioma | |

5. Apakah operasi telah dilakukan ? Ya/Yes Tidak/No
Has any surgery been done ?
Jika Ya, mohon beri tanda / *If yes, please tick the necessary box below*

- Pengangkatan Tumor Pituitary/ *Pituitary Tumor Removal*
- Pembedahan *Burr Hole / Burr Hole Surgery*
- Pembedahan Radikal / *Radical Surgery*
- Tindakan lainnya, mohon jelaskan / *Other operations, please explain*

6. Apakah telah terjadi Kelainan Neurologik yang permanen pada pasien ?
Are there any evident of permanent neurologic deficits on the patient ?

- Ya/Yes Tidak/No

Dalam bentuk/ *in the form of :*

7. Mohon tuliskan informasi lainnya yang menurut Dokter dapat membantu kami untuk memproses klaim ini.
Please write any information which could assist us 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

Spesialisasi
Spezialization

Tanggal
Date

Tanda tangan
Signature

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