



**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**  
**Cacat karena Kecelakaan**

***MEDICAL CERTIFICATE***  
***Personal Accident & Disablement (PAD)***

---

**Pasien/Tertanggung**  
***Patient/Life Assured***

**Tanggal Lahir**  
***Date of Birth***

**No. Rekam Medik/**  
***Medical Record No.***

Dokter yang terhormat,  
*Dear Doctor,*

Kami telah menerima pengajuan Klaim Kecelakaan atas nama tersebut diatas yang merupakan Tertanggung pada PT Prudential Life Assurance, kami berharap Anda bersedia melengkapi formulir ini untuk kelancaran proses klaim tersebut.

*The name above is insured with PT Prudential Life Assurance. A claim has been submitted in connection with his/her Accident and to enable us to assess the claim, we would be grateful for your co-operation in the completion of this form.*

Terima kasih banyak atas kerjasamanya.  
*Thank you.*

1. Tempat dan tanggal terjadinya kecelakaan ?

*When and where did the accident take place ?*

2. Kapan dan di mana pertama kali Dokter menangani Tertanggung sesudah terjadinya kecelakaan ?

*When and where did you first attend the patient after the accident ?*

3. Jenis kecelakaan ?

*What is the nature of the accident ?*

4. Mohon dijelaskan penyebab kecelakaan menurut pengamatan Dokter.

*Please describe the cause of the accident based on your observation.*

5. Apakah keluhan yang dialami Tertanggung hanya disebabkan oleh kecelakaan pada saat ini ? Jika tidak, apakah ada hubungannya dengan kecelakaan yang terjadi sebelumnya atau penyebab lain ? Mohon dijelaskan.

*Are the patient's complains solely caused by this current accident ? If not, is there any connection with a previous accident or any other causes (pre-existing condition) ? Please describe.*

6. Mohon dijelaskan kronologi jalannya perawatan/pengobatan.  
*Please describe the sequence of treatment/medication.*

Kronologi Jalannya Perawatan/Pengobatan <i>Sequence of Treatment/Medication</i>		
Tanggal <i>Date</i>	Status Klinis Penderita <i>Clinical Status</i>	Tindakan/Pengobatan <i>Treatment/Prescription</i>

7. Apakah cedera yang dialami Tertanggung dapat menghambat pekerjaannya sehari-hari atau menyebabkan kecacatan? Jika ya, mohon dijelaskan secara rinci baik lokasi dan organ yang terkena.  
*Please give us your opinion whether the injuries prevented the patient from carrying out his daily occupational duties or caused disability? if yes, please describes details below.*

--

8. Mohon diberikan keterangan jika Tertanggung merupakan pasien rujukan dan, atau Dokter merujuk Tertanggung kepada Dokter/Rumah Sakit/Institusi lain.

*Please give us the name and address of the Doctors/Specialists/Hospitals that you recommended to or you have been recommended by.*

a. Tertanggung merupakan rujukan dari :

*You have been recommended by :*

Dokter/Rumah Sakit/Institusi <i>Doctors/Hospitals/Institution</i>	Alamat Lengkap <i>address</i>

b. Tertanggung saya rujuk kepada :

*You recommended to :*

Dokter/Rumah Sakit/Institusi <i>Doctors/Hospitals/Institution</i>	Alamat Lengkap <i>address</i>

9. Mohon dilampirkan dan jelaskan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan beserta kesimpulan Dokter.

*Please attach and describe any examinations/tests carried out.*

Jenis Pemeriksaan <i>Test</i>	Kesimpulan <i>Conclusion</i>

10. 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  
*Specialization*

Tanggal  
*Date*

Tanda tangan  
*Signature*