



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***

Penyakit Crohn / *Crohn Disease*

Kolitis Ulseratif / *Ulcerative Colitis*

---

**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 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 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 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 DETAILS :**

### **1. Penyakit Crohn/ Crohn Disease**

- a. Apakah Pasien telah mendapat terapi immunosupresif sistemik atau pengobatan immunodulatory secara terus menerus ?  
*If the insured has systemic immunosuppressive therapy or treatment gets immunodulatory continuously ?*

Ya/Yes, sejak/since  sampai dengan/until :

Tidak/No

- b. Mohon beri tanda kelainan yang sudah ada.  
*Please indicate abnormalities found.*

Fistula / *Fistule*

Penyumbatan Saluran Cerna / *Intestine obstruction*

Kebocoran di saluran cerna / *Intertine perforation*

Menggembungnya usus besar / *Colon distension*

### **2. Penyakit Kolitis Ulseratif / Ulcerative Colitis**

- a. Apakah sudah terjadi distensi usus (menggembungnya usus) dan resiko pecahnya usus ?  
*is already happened distension of intestinal (intestinal swelling) and risk of rupture of the bowel ?*

Ya/Yes       Tidak/No

- b. Apakah Pasien telah memerlukan terapi immunosupresif sistemik atau pengobatan immunodulatory secara terus menerus ?

*Did the patient have to get systemic immunosuppressive therapy or require treatment of immunodulatory continuously ?*

Ya/Yes,       Tidak/No

Jika Ya, Berapa lama ?  
*If Yes, how long ?*

kurang dari 6 bulan  
*less than six months*

lebih dari 6 bulan  
*more than six month*

- c. Apakah Colitis Ulseratif tersebut sudah terjadi di seluruh usus besar dengan adanya diare berdarah yang berat ?

*If the Colitis Ulcerative is already happening throughout the colon with severe bloody diarrhea ?*

Ya/Yes                       Tidak/No

- d. Apakah telah dilakukan operasi ?

*Has any operation been performed ?*

Ya/Yes                       Tidak/No

Jika Ya, mohon beri tanda pada jenis operasi yang dilakukan:

*If yes, please tick the necessary box below*

Operasi pengangkatan seluruh usus besar / *Colectomy*

Operasi pembuatan lubang pelepasan buatan / *Ileostomy*

Operasi jenis lainnya, mohon jelaskan / *other types of operation, please explain*

---

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*