



SURAT KETERANGAN DOKTER
MEDICAL CERTIFICATE

Diabetes Mellitus type IInsulin / Dependent Diabetic Mellitus

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 Penyakit Kritis. Kami telah menerima pengajuan klaim sehubungan dengan penyakit tersebut dan 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 kami ucapkan terima kasih.
Thank you.

A. UMUM / GENERAL

1. Sejak kapan pasien berkonsultasi dengan dokter ?
Since when have you been the medical attendant of this patient ?

2. Apa diagnosa saat ini ?
What is the diagnose of this patient ?

3. Sejak kapan pasien menderita Diabetes Melitus ?
Since when has the patient been diagnosed Diabetes Melitus ?

4. Apakah jenis Diabetes Mellitus yang dialami Tertanggung ?
Does the type of Diabetes Mellitus that experienced by the insured ?

Diabetes Mellitus type I / *Insulin – Dependent Diabetes Mellitus*

Diabetes Mellitus type II / *Non Insulin – Dependent Diabetes Mellitus*

5. Kapan Dokter pertama kali memberikan konsultasi untuk kondisi penyakit yang diderita pasien/ Tertanggung saat ini ?
When were you first consulted for this condition ?

6. Kapan pasien pertama kali mengetahui dirinya menderita penyakit ini ?
When did the patient first become aware of his/ her illness ?

7. Mohon jelaskan penyebab penyakit ini pada pasien, termasuk saat terjadinya ?
Please describe the cause of the disease, inclusive the date of first occurrence ?

Tanggal Date	Penyebab Penyakit <i>Cause of the Disease</i>	Keterangan <i>Remarks</i>

8. 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 <i>Duration</i>

9. Mohon Dokter jelaskan Diagnosa pasien dan kapan Diagnosa tersebut ditegakkan.
Please give us your detailed Diagnosa and when the Diagnosa was established.

10. Apakah Tertanggung harus mendapatkan therapy insulin ?
Does the insured have to get insulin therapy ?

Ya/ Yes. Sejak kapan/ Since

Tidak/ No.
Mohon jelaskan therapy yang diberikan/*Please describe the therapy provided*

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

12. 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

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

Spesialisasi
Spesialization

Tanggal
Date

Tanda tangan
Signature