



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

- Transplantasi Sumsum Tulang Belakang / *Bone Marrow Transplant*
- Transplantasi Organ / *Organ Transplant*
- Gagal Ginjal Tahap Akhir / *End Stage Renal Failure*

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 Kondisi Kritis. Kami telah menerima pengajuan klaim sehubungan dengan penyakit tersebut 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 Tertanggung berkonsultasi dengan Dokter ?
Since when have you been the medical attendant of the Life Assured ?

2. Kapan Dokter pertama kali memberikan konsultasi untuk kondisi penyakit yang dideritanya saat ini ?
When were you first consulted for this condition ?

3. Mohon Dokter jelaskan Diagnosa Tertanggung secara rinci (termasuk lokasi organ dan stadiumnya) dan kapan Diagnosa tersebut ditegakkan.
Please give us your detailed Diagnosa including the location of the organ and the stage and when the Diagnosa was established.

Diagnosa	Tanggal/Date

4. Mohon jelaskan bentuk gejala dan perjalanan penyakitnya, beserta tanggal dan durasinya.
Please describe the symptoms and history of the disease, date and duration.

Tanggal <i>Date</i>	Bentuk gejala / Perjalanan penyakitnya <i>Symptoms/History of the Disease</i>	Durasi <i>Duration</i>

5. Mohon jelaskan faktor resiko, adanya kontaminasi, maupun penyakit lain yang mempermudah /mencetuskan timbulnya penyakit ini.
Please describe risk factors, any presence of contamination, or other diseases which could precipitate/cause this particular disease.

Jenis faktor resiko / zat yang mengkontaminasi penyakit <i>Risk factors / contamination</i>	Sejak kapan diderita <i>First detected</i>	Keterangan <i>Remarks</i>

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

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

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

8. Tindakan medis, pengobatan dan saran apa yang telah diberikan dan mohon jelaskan 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 medications/suggestions</i>	Tujuan <i>Purpose</i>

9. Jika ada, mohon dituliskan penyakit lain yang diderita Tertanggung yang belum dijelaskan diatas.
Please state any other diseases not yet explained above, if any.

Nama Penyakit <i>Disease</i>	Sejak kapan diderita <i>First suffered</i>	Keterangan <i>Remarks</i>

B. RINCIAN MEDIS / *MEDICAL DETAILS* :

1. Apakah transplantasi sudah dilaksanakan
Has transplantation been carried out ?

YA/Yes : Transplantasi dilakukan tanggal/...../.....
Transplantation done on/...../.....

Mohon sebutkan jenis transplantasi yang dilakukan
Please describe the type of organ transplants has performed

Tertanggung pertama kali mengetahui rencana transplantasi ini pd tgl :
The patient is first aware of the need of transplantation on :/...../.....

Tdk / No

2. Apakah transplantasi pada kasus ini
Was the transplant in this case :

- Satu-satunya alternatif untuk kondisi Tertanggung ? Ya/Yes
The only alternative for the patient ?
Tdk/No

- Alternatif terbaik dibandingkan alternatif lainnya ? Ya s
The best alternative compared with other alternatives ?
Tdk/No

- Harus dilakukan karena kondisi penyakit mengancam jiwa ? Ya/Yes Tdk/No
Has to be done since the condition is life threatening ?

3. Jika belum dilakukan tranplantasi / *If the transplant has not been performed :*

Transplantasi akan dilakukan pada tanggal/...../..... dan Tertanggung sudah resmi tercantum dalam daftar tunggu sebagai resipien.
Transplant will be done on/..../.... and the patient is officially registered as a recipient.

Transplantasi perlu dilakukan, tapi belum direncanakan tanggalnya dan Tertanggung belum resmi tercantum dalam daftar tunggu sebagai resipien.
Transplant is needed but the date has not been decided and the patient is not yet officially registered as a recipient.

Transplantasi tidak perlu dilakukan.
No transplantation needed.

4. Khusus untuk Transplantasi Sumsum Tulang Belakang :
Only for Bone Marrow Transplant :

- Apakah menggunakan sel induk hematopoietik ? Ya/Yes Tdk/No
Is it using hematopoietic stem cells?
- Apakah sebelumnya telah dilakukan ablasi sumsum tulang secara total ? Ya/Yes Tdk/No
Have previously been performed ablation in total bone marrow?

5. Khusus untuk Gagal Ginjal/ *Only for Renal Failure :*

- Gagal Ginjal terjadi pada : Ginjal kiri Ginjal kanan Kedua Ginjal
The renal failure happened to the : Left kidney Right Kidney Both kidneys)
- Gagal Ginjal sudah pada tahap terminal ? Ya/Yes Tdk/No
Is the kidney failure in a terminal stage ?
- Tertanggung harus menjalani hemodialisis atau dialisis pentoneal secara teratur ? Ya/Yes Tdk/No
Does the patient need to have a regular hemodialysis or pentoneal dialysis ?

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