



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

Kelainan pada Telinga dan Thrombosis Sinus Kavernosus

Abnormalities of Hearing and Cavernous Sinus Thrombosis

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 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 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,

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 ?
Is current condition caused by alcohol abused ? Ya/Yes Tidak/No
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 DETAIL*

1. Apakah penyebab hilangnya fungsi pendengaran yang dialami oleh pasien ? Mohon Jelaskan
What the caused of the deafness experienced by the patient ? Please Explain.

<input type="checkbox"/> Kecelakaan/ <i>Accident</i> :	<i>month/ date/ years</i> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
<input type="checkbox"/> Penyakit/ <i>Illnes</i> :	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
<input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan/ <i>Congenital</i> :	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>

2. Apakah sudah terjadi kehilangan daya dengar secara permanent pada pasien tersebut ?
Has permanent loss hearing occurred for this patient ?

Ya/Yes Tidak/No

3. Berapakah ambang dengar yang dimiliki oleh pasien saat ini ?
What is the threshold of hearing suffered by the patient at this time ?

< 60 dB

60 dB – 90 dB

> 90 dB

4. Apakah sudah terjadi kelainan pada telinga dan Thrombosis Sinus Kavernosus ?
Has any abnormalities happened on the ears and Cavernous Sinus Thrombosis ?

Ya/Yes
month/ date/ years

Tidak/No

5. Jika ya, apakah sudah dilakukan pembedahan pada thrombosis sinus kaverosus pada pasien ?

If yes, has the surgery been performed on Cavernous Sinus Thrombosis to patient ?

Ya/Yes *month/date/years*

Tidak/No

6. Apakah sudah dilakukan pembedahan untuk penanaman Cochlear ?

Has the surgery been done for Cochlear implantation ?

Ya/Yes *month/date/years*

Tidak/No

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