

FORMULIR PENGAJUAN KLAIM CLAIM APPLICATION FORM



- Mohon mengisi dengan menggunakan pulpen warna hitam, huruf cetak dan tulisan tidak keluar dari kotak, jelas dan memberi tanda ✓ pada kotak jawaban yang sesuai. Please write in black ink, block letter and answers is not out of the box, clear and give tick mark on the appropriate check box.
- Jika terjadi salah penulisan, jangan dihapus tetapi dicoret dan bubuhkan tanda tangan di sebelahnya sesuai dengan kartu identitas diri yang dilampirkan. if there is a data correction, then streak the wrong data, take a note with a correct data and give the signature beside the correct data, accordance with the identity card attached.
- Untuk mempercepat proses pengajuan Anda, mohon mengisi dengan jelas dan benar serta melengkapi seluruh persyaratan yang tertera di formulir ini. To accelerate your submission process, please fill in clearly and correctly and completing all the requirements listed on this form.

I. DATA YANG MENGAJUKAN KLAIM / CLAIM REQUESTOR DATA

1. Nama Lengkap / Full Name : _____

2. Jenis Identitas Diri / Identity Type : KTP / ID Card SIM / Driving License Paspor / Passport KIMS / KITAS / Temporary Residence Permit Card Akta Lahir / Birth Certificate

3. No. Identitas Diri / Identity Number : _____

4. Alamat Tinggal / Residence Address : _____

5. No. Telpn / Phone Number :
 Ponsel / Handphone : _____
 Telpn Rumah / Home Phone : _____
 Telpn Kantor / Office Phone : _____

6. Email / Email : _____
 Khusus untuk produk Individu, hasil dari pengajuan klaim ini akan diinformasikan melalui email yang tertera di atas.
 Particularly for individual product, the result of this claim application will be informed through email that stated above.

7. Hubungan dengan Tertanggung / Relationship with Insured : _____

II. DATA PENGAJUAN KLAIM / CLAIM APPLICATION DATA

1. No. Polis / Policy Number : _____

2. Nama Pemegang Polis / Policyholder Name : _____
 (Untuk Nasabah Group, diisi dengan Nama Perusahaan / For Group Client, fill in by Company Name)

3. No. Peserta (untuk Group) / Participant Number (for Group) : _____

4. Nama Tertanggung / Peserta / Insured / Participant Name : _____

5. Jika pengajuan klaim ini disetujui, Penanggung akan mentransfer ke rekening di bawah ini :
 If this claim is approved, the insurer will transfer to this account :
 Bank : _____
 Cabang / Branch : _____
 No. Rekening / Account Number : _____
 Nama Pemilik Rekening / Account Holder Name : _____
 Pemilik rekening adalah Pemegang Polis atau Penerima Manfaat sesuai Polis / Endorsemen. Jika Penerima Manfaat lebih dari 1 (satu) maka harus melampirkan Surat Kuasa dari Penerima Manfaat lainnya yang menyatakan setuju bahwa Manfaat Asuransi dibayarkan kepada salah satu Penerima Manfaat.
 Account Holder name is Policyholder or Beneficiary as stated on the Policy / Endorsement. If the Beneficiary is more than 1 (one) person, he/she must attach Power of Attorney from the other Beneficiary, approving that the Insurance Benefit shall be paid to 1 (one) of the Beneficiaries.

6. Apakah Anda sedang mengajukan SPAJ baru ke TMLI? / Are you currently submitting new SPAJ to TMLI? Tidak / No Ya, No. SPAJ / Yes, SPAJ No. _____

III. DATA ASURANSI DARI PERUSAHAAN LAIN / INSURANCE DATA IN OTHER INSURANCE COMPANY

(Diisi jika mengajukan klaim selain klaim rawat jalan / filled in for claim other than outpatient claim)
 Apakah Anda sedang mengajukan klaim ke perusahaan asuransi lainnya? / Are you currently submitting the claim to other Insurance? Tidak / No Ya / Yes

Jika Ya, mohon dapat melengkapi informasi di bawah ini :
 If yes, please complete this information below :

No	Nama Perusahaan Asuransi / Insurance Company Name	Jenis Asuransi / Insurance Type	Jumlah Uang Pertanggungan / Total Sum Assured	Tanggal Pertanggungan Dimulai / Risk Commencement Date	No. Polis / Policy Number

IV. DIISI OLEH DOKTER / FILLED BY PHYSICIAN

(Diisi jika mengajukan klaim rawat jalan / Filled in if apply outpatient claim)

a. Perincian gejala / Detail of symptoms	a. _____
b. Diagnosa / Diagnosis	b. _____
c. Terapi atau tindakan / Therapy or treatment	c. _____
d. Tanggal Pemeriksaan / Date of Examination	d. _____

No. Polis
Policy Number

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

V. KELENGKAPAN DOKUMEN / DOCUMENT COMPLETENESS

No.	Persyaratan Dokumen Document Requirement	Death Claim <input checked="" type="checkbox"/>	Living Claim										
			TPD <input type="checkbox"/>	Accident <input type="checkbox"/>	CI <input type="checkbox"/>	HCP <input type="checkbox"/>	IP <input type="checkbox"/>	OP <input type="checkbox"/>	AE <input type="checkbox"/>				
1	Formulir Pengajuan Klaim (diisi oleh Nasabah) <i>Claim Application Form (filled by Client)</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Surat Keterangan Dokter (diisi oleh Dokter) <i>Attending Physician's Statement (filled by Physician)</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Polis asli (untuk Individu) / Sertifikat asli (untuk Group) <i>Original Policy (for Individual) / Original Certificate (for Group)</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Kuitansi asli dengan perincian biaya pengobatan, perawatan dan resep obat yang digunakan. * <i>Original receipt with detail costs of medication fee, treatment fee, and prescription. *</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Kuitansi asli yang dikeluarkan pihak penyedia fasilitas atas seluruh Manfaat Asuransi (biaya transportasi, biaya perjalanan, biaya akomodasi, biaya kremasi, biaya pemulangan jenazah) <i>Original receipt that issued by provider of facility for all Insurance Benefit (transportation fee, travel expense, accommodation fee, cremation fee, repatriation fee of corpses)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Fotokopi Identitas Diri Tertanggung / Peserta <i>Copy of Insured / Participant ID card</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Fotokopi Identitas Diri Penerima Manfaat <i>Copy of Beneficiary(s) ID card</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Fotokopi Identitas Diri Pendamping <i>Copy of Companion (Insured's Family) ID card</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Fotokopi bukti hubungan kepentingan asuransi antara Tertanggung dan Penerima Manfaat <i>Copy of Insurable interest between Insured and Beneficiary(s)</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Fotokopi kartu keluarga/dokumen legal lainnya yang menunjukkan hubungan kepentingan asuransi antara Tertanggung dan Pendamping <i>Copy of family card/other legal document that show the insurable interest between Insured and Companion (Insured's Family)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Tabel sisa pinjaman dari Pemegang Polis (untuk Group – Kredit Life / Individu – Bankers Clause) <i>Table of remainder the loan from Policyholder (for Group – Credit Life / Individual – Bankers Clause)</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Legalisir Surat Keterangan Meninggal Dunia dari instansi yang berwenang <i>Legalized of death certificate from authorized institution</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Surat Kuasa Permintaan Data Medis <i>Power of Attorney to request medical data</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DOKUMEN TAMBAHAN / DOCUMENT ADDITIONAL

1	Fotokopi hasil pemeriksaan laboratorium dan radiologi (jika ada) <i>Copy of laboratory examination result and radiology (if any)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Surat Pernyataan dengan perincian pembayaran klaim dari asuransi lain (jika ada koordinasi manfaat) <i>Statement Letter with detail of claim payment from another Insurer (for coordination of benefit)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Surat Kuasa dari Penerima Manfaat (jika Penerima Manfaat lebih dari satu orang) <i>Power of Attorney from Beneficiaries (if Beneficiaries more than one person)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Legalisir Surat Keterangan Meninggal Dunia dari Konsulat Jenderal RI (jika meninggal dunia di luar negeri) <i>Legalized of death certificate from General Consul of RI (if dies at overseas)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Surat Keterangan dari Kepolisian setempat atau Hasil Visum Repertum (jika terjadi kecelakaan / jika meninggal dunia karena kecelakaan) <i>Investigation Report from the Local Police or Result Visum Repertum (if there is an accident / if dies due to accident)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Kronologi kematian (jika meninggal di rumah / dalam perjalanan ke Rumah Sakit) <i>Chronology of death (if dies at home or when go to Hospital)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Surat Kuasa Rekening Bank (jika pemilik rekening bukan Penerima Manfaat) <i>Power of Attorney of Bank account (if the account owner is not the Benefit Receiver)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Surat Keputusan dari Pengadilan yang menyatakan Tertanggung meninggal dunia (jika Tertanggung hilang dalam suatu musibah) <i>Insured death of Certificate which has been authorized by court, states the Insured has been died (if the Insured was miss in accident)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 Keterangan: dibutuhkan / required

Death: Meninggal Dunia, TPD: Total Permanent Disability / Cacat Tetap Total, Accident: Kecelakaan, CI: Critical Illness / Penyakit Kritis, HCP: Hospital Cash Plan / Santunan Tunai Harian, IP: In Patient including maternity / Rawat Inap termasuk melahirkan, OP: Out Patient including dental, glasses, pre/post hospitalization and pre/post maternity / Rawat Jalan termasuk gigi, kacamata, pra/pasca rawat inap dan pra/pasca melahirkan, AE: Additional Expense Rider.

Penanggung, PT Tokio Marine Life Insurance Indonesia, berhak untuk meminta dokumen tambahan yang dianggap perlu untuk mendukung dokumen-dokumen diatas. The Insurer, PT Tokio Marine Life Insurance Indonesia, also be eligible to ask for additional document as may be required to support the above documents.

*) Untuk HCP diperbolehkan menggunakan fotokopi kuitansi dengan perincian biaya / For HCP is allowed to use copy of receipt with detail costs. Untuk IP dan OP diperbolehkan menggunakan kuitansi yang dilegalisir dengan perincian biaya (hanya jika ada koordinasi manfaat) / For IP and OP is allowed to use legalized of receipt with detail costs (only for coordination of benefit).

Pernyataan dan Pemberian Kuasa Tertanggung / Pemegang Polis
Statement and Power of Attorney of the Insured / Policyholder

Bersama ini saya menyatakan bahwa semua jawaban yang saya berikan dalam formulir ini adalah benar. Saya memberikan kuasa kepada PT Tokio Marine Life Insurance Indonesia untuk mendapatkan segala keterangan / catatan medis dari Rumah Sakit / Laboratorium / Klinik / Dokter dan/atau pihak lain sehubungan dengan diagnosa dan/atau pelayanan medis yang diberikan kepada Tertanggung / Peserta, yang akan digunakan untuk memproses klaim sesuai dengan ketentuan polis yang berlaku.

I hereby represent that I have given all the answers in this form correctly. I authorized the PT Tokio Marine Life Insurance Indonesia to obtain all information / medical record from Hospital / Laboratory / Clinic / Doctor and/or other parties related with diagnosis and/or medical services that have been given to the insured / Participants, which will be used to process claims accordance with the Provisions of the applicable Policy.

Yang Mengajukan Klaim / Claim Requestor,

Nama / Name : Tempat / Place : Tanggal / Date :

Pernyataan Dokter
Statement of the Physician

(Diisi jika mengajukan klaim rawat jalan / Filled in if apply outpatient claim)

Saya, sebagai Dokter yang merawat pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan di atas dengan lengkap dan benar. I, as a Doctor who treat the patient, certify that I have read and answered the above questions completely and correctly.

 Dokter / Physician,
(disertai dengan cap Rumah Sakit / with stamp of hospital)

Nama / Name : Tempat / Place : Tanggal / Date :

SURAT KETERANGAN DOKTER / ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT

(Diisi oleh Dokter / Filled by Physician)

- Mohon mengisi dengan menggunakan pulpen warna hitam, huruf cetak dan tulisan tidak keluar dari kotak, jelas dan memberi tanda ✓ pada kotak jawaban yang sesuai.
Please write in black ink, block letter, and answers is not out of the box, clear and give tick mark on the appropriate check box.
- Jika terjadi salah penulisan, jangan dihapus tetapi dicoret dan bubuhkan tanda tangan di sebelahnya sesuai dengan kartu identitas diri yang dilampirkan.
If there is a data correction, then streak the wrong data, take a note with a correct data, and give the signature beside the correct data, accordance with the identity card attached.

I. DATA PASIEN / PATIENT DATA (diisi oleh Nasabah / filled by Client)

Nama Lengkap <i>Full Name</i> <small>(sesuai identitas diri / same as ID Card)</small>	No. Polis <i>Policy Number</i>
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Tanggal Lahir <i>Date of Birth</i>	Jenis Kelamin <i>Gender</i>
<input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> <small>Tgl / Date Bln / Month Thn / Year</small>	<input type="checkbox"/> Pria / Male <input type="checkbox"/> Wanita / Female
No Rekam Medis <i>Medical Record Number</i>	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Alamat Tinggal <i>Residence Address</i>	
<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>	

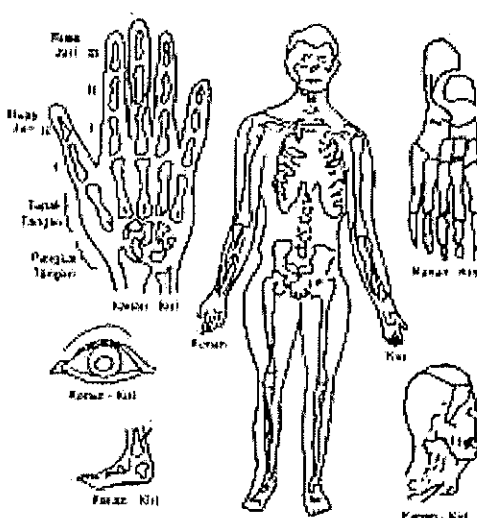
II. PERTANYAAN UMUM / GENERAL QUESTIONS (diisi oleh Dokter / filled by Physician)

1. a. Perincian gejala <i>Detail of symptoms</i> b. Tanggal pertama kali gejala terjadi <i>Date of the first symptoms occurred</i>	a. b. <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> <small>Tgl / Date Bln / Month Thn / Year</small>																
2. a. Diagnosa <i>Diagnosis</i> b. Apakah diagnosa tersebut berhubungan dengan <i>Is the diagnosis related to</i> - Komplikasi / <i>Complication</i> - Kelainan bawaan yang tidak normal / <i>Abnormal Congenital</i> - Obat terlarang / <i>Drug abuse</i> - Kejiwaan / <i>Mental Disorder</i> - Kosmetik / <i>Cosmetic</i> - Kehamilan / <i>Pregnancy</i> - Kesuburan atau Ketidaksuburan / <i>Fertility or Infertility</i> - Penyakit Kelamin (co. HIV) / <i>Venereal Disease (ex. HIV)</i> c. Penyebab diagnosa <i>Caused of diagnosis</i>	a. b. <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ya / Yes</td> <td><input type="checkbox"/> Tidak / No</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ya / Yes</td> <td><input type="checkbox"/> Tidak / No</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ya / Yes</td> <td><input type="checkbox"/> Tidak / No</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ya / Yes</td> <td><input type="checkbox"/> Tidak / No</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ya / Yes</td> <td><input type="checkbox"/> Tidak / No</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ya / Yes</td> <td><input type="checkbox"/> Tidak / No</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ya / Yes</td> <td><input type="checkbox"/> Tidak / No</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ya / Yes</td> <td><input type="checkbox"/> Tidak / No</td> </tr> </table> c.	<input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No	<input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No	<input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No	<input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No	<input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No	<input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No	<input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No	<input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No
<input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No																
<input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No																
<input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No																
<input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No																
<input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No																
<input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No																
<input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No																
<input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No																
3. a. Tanggal pertama kali konsultasi <i>Date of the first consultation</i> b. Untuk penyakit apa pada waktu pertama konsultasi <i>For what disease when the first consultation</i>	a. <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> <small>Tgl / Date Bln / Month Thn / Year</small> b.																
4. a. Riwayat penyakit sekarang <i>History of the current disease</i> b. Riwayat penyakit sebelumnya <i>History of the previous disease</i>	a. b.																
5. Tanggal dirawat di Rumah Sakit <i>Date of hospitalization</i>	<input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> s/d <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> <small>Tgl / Date Bln / Month Thn / Year to Tgl / Date Bln / Month Thn / Year</small>																
6. Nama dan alamat dokter yang merujuk <i>Name and address of referral Doctor</i>	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>																
7. Hasil pemeriksaan fisik (Lab, X ray, CT scan, Patologi Anatomi, dll)* <i>Physical examination result (Lab, X ray, CT scan, Pathology Anatomy, etc)*</i> <small>* Mohon melampirkan hasil pemeriksaan / Please attach the examination result</small>	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>																
8. Terapi atau tindakan <i>Therapy or treatment</i>	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>																

No. Polis
Policy Number :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

III. PERTANYAAN TAMBAHAN / ADDITIONAL QUESTIONS (diisi sesuai dengan jenis klaim / filled in accordance with the type of claim)

Jika Melahirkan / If Maternity : Tindakan persalinan / Birth action : <input type="checkbox"/> Spontan / Spontaneous <input type="checkbox"/> Dengan penyulit / With complications Jelaskan / Explain <input type="checkbox"/> Sectio / Sectio Indikasi Sectio / Sectio Indication	
Jika Meninggal / If Death : Tempat, tanggal dan waktu meninggal dunia Place, date and time of death	
Jika disebabkan oleh Kecelakaan / if Caused by Accident a. Tempat, tanggal dan waktu kecelakaan Place, date and time of accident b. Kronologis kecelakaan Chronology of accident c. Bagian yang terluka Injured part	a. b. c.
Jika Cacat Tetap & Total / If Total Permanent Disability a. Lokasi Cacat Tetap & Total (Mohon beri tanda pada gambar di bawah) dan jelaskan detail lokasinya. Part of Total Permanent Disability (Please give the sign on the picture below) and describe the details of disability.  b. Berapa persen ketidakmampuannya? How many percentage of the disability? c. Apakah ketidakmampuannya menghambat pekerjaan dan/atau aktivitasnya? Jika iya, sejak kapan? Does the disability hamper job and/or activity? If yes, since when? d. Daftar aktivitas yang dapat dilakukan tanpa bantuan List of activity that can be done without help e. Estimasi waktu yang dibutuhkan untuk rehabilitasi The estimation duration is needed for rehabilitations.	a. b. c. d. e.
Jika ada Pembedahan (jenis pembedahan) If there is Surgery (type of surgery) Alasan pembedahan / Reason of Surgery	

Saya, sebagai Dokter yang merawat pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan di atas dengan lengkap dan benar.
I, as a Doctor who treat the patient, certify that I have read and answered the above questions completely and correctly.

 Nama Dokter
Doctor Name :

 Nama Rumah Sakit
Hospital Name :

 Ponsel
Handphone :

 Alamat Rumah Sakit
Hospital Address :

 Dokter / Physician,
(disertai dengan cap Rumah Sakit / with stamp of hospital)

Tempat / Place : Tanggal / Date :