

4. Kapan untuk pertama kali pasien mengetahui tentang penyakitnya?
When did the patient first become aware of the disease?

5. Mohon berikan nama dan alamat dokter / rumah sakit yang pernah dikunjungi oleh pasien
Please give us the name and address of doctors / hospitals visited by the patient

Nama / Name	Alamat / Address

6. Mohon dijelaskan secara rinci kebiasaan pasien yang berhubungan dengan merokok, alkohol dan obat terlarang
Sebutkan jenisnya dan rata-rata konsumsi per hari.
Please provide about the insured's habits in smoking, alcohol, and drug abuse ? What kind and how many a day?

B. RINCIAN MEDIS / MEDICAL DETAILS

1. Mohon jelaskan diagnosa secara rinci
Please provide your diagnosis.

Kapan untuk pertama kali diagnosis ditegakkan?
When was the first time diagnosis made?

2. a) Apakah penyakit fungsi organ ini sudah memasuki tahap akhir? Ya Tidak
Is this illness has come to the last stage? Yes No

b) Apakah sebelumnya pasien telah menjalani pengobatan secara teratur? Ya Tidak
Did the patient take medication therapy regularly? Yes No

c) Apakah transplantasi organ telah dilakukan? Ya Tidak
Has the transplantation been done yet? Yes No

Jika YA, mohon sebutkan tanggalnya. --
If the answer is yes, please mention when (date of transplantation) Tgl-Bln-Thn
dd-mm-yyyy

d) Jika belum, apakah ada rencana transplantasi? Ya Tidak
If the answer is no, have you make the transplantation schedule? Yes No

Jika YA, kapan akan dilakukan ? -- Tgl-Bln-Thn
If the answer is yes, please mention when will the transplantation be done dd-mm-yyyy

3. Bila pasien didiagnosa menderita suatu Terminal Illnes, bagaimanakah harapan hidup pasien?
Mohon uraikan berapa lama (tahun) pasien akan mampu bertahan hidup dan berikan alasannya?
If the patient has been diagnosed for **Terminal Illnes**, how is the life expectation?
Please explain for how many years patient will survive and give the reason

4. Mohon melampirkan laporan medis, hasil laboratorium dan hasil-hasil test yang mendukung diagnosis penyakit di atas beserta kesimpulan
Please attached with medical report, result of laboratorium and supporting the diagnosis

Jenis Pemeriksaan / Tests	Kesimpulan / Result

5. Mohon berikan nama dan alamat dokter / rumah sakit rujukan untuk perawatan selanjutnya
Please give us the name and address of doctors / hospitals refferal for further treatment

Nama / Name	Alamat / Address

6. Jika ada, mohon berikan informasi lainnya yang dapat digunakan untuk membantu proses analisa dari klaim ini
If there is any further information which will assist us in assessing this claim, please give details

Informasi dan/atau keterangan yang Saya berikan pada Formulir Klaim Penyakit Kritis ini adalah benar, sesuai kondisi pasien pada saat dilakukan perawatan, dan sesuai dengan bidang keilmuan yang saya ketahui sebagai dokter. Dalam hal terdapat perubahan, penambahan, pengurangan, perbaikan, ralat dan/atau penarikan ("**Perubahan**") terhadap suatu informasi dan/atau keterangan pada Formulir ini yang berkaitan dengan diagnosa, maka Perubahan tersebut wajib didukung oleh Surat Keterangan Dokter dan dokumen pendukung medis lainnya berupa hasil laboratorium, Magnetic Resonance Imaging (MRI), CT Scan, rontgen, dan/atau Elektrokardiogram (EKG) yang membuktikan bahwa Perubahan tersebut benar dan sesuai.

*The information and/or statement I provide on this Critical Illness Claim Form is true, consistent with the patient's condition at the time of treatment, and conformable to the discipline that I have knowledge of as a physician. In the event of change, omission, revision, correction, and/or revocation ("**Change**") of any information and/or statement on this Form related to diagnosis, such Change must be accompanied by a Physician's Letter of Statement and other supporting medical documents, i.e. results of laboratory tests, Magnetic Resonance Imaging (MRI), CT Scan, X-ray, and/or Electrocardiogram (ECG) which prove that such Change is true and accurate.*

Nama Dokter
Doctor's Name

Alamat Dokter
Doctor's Address

Kode Pos:
Postal Code

Tanggal - -
Date

Tanda tangan dan stempel dokter
Stamp and signature of the doctor

PERHATIAN/ATTENTION:

DOKTER YANG MEMBERI SURAT KETERANGAN TENTANG KEADAAN KESEHATAN (TERMASUK MENGENAI ADA ATAU TIDAK ADANYA PENYAKIT, KELEMAHAN ATAU CACAT) ATAU KEMATIAN SESEORANG YANG TIDAK SESUAI DENGAN KEADAAN SEBENARNYA DAPAT DIANCAM DENGAN HUKUMAN PIDANA BERDASARKAN KITAB UNDANG-UNDANG HUKUM PIDANA. *ANY PHYSICIAN PROVIDING A LETTER OF STATEMENT ON THE HEALTH (INCLUDING ON THE PRESENCE OR ABSENCE OF DISEASE, INFIRMITY, OR DISABILITY) OR DEATH OF SOMEONE THAT IS NOT CONSISTENT WITH THE ACTUAL CONDITION MAY FACE CRIMINAL PENALTIES IN ACCORDANCE WITH THE INDONESIAN CRIMINAL CODE.*