

FORMULIR KLAIM MENINGGAL DUNIA - ASURANSI JIWA INDIVIDU
DEATH CLAIM FORM - INDIVIDUAL LIFE INSURANCE

PETUNJUK PENGAJUAN KLAIM

GUIDELINE OF CLAIM SUBMISSION

- Formulir ini harus diisi dengan lengkap, benar dan jelas. Klaim hanya dapat diproses bila semua dokumen telah dilengkapi.**
This form should be filled in correctly, completely and clearly. Claim will only be processed if all supporting documents are completed.
- Mohon mengisi dengan menggunakan tinta hitam, huruf kapital, jelas dan memberi tanda (V) pada kotak jawaban yang sesuai.**
Please fill in by using black ink, in capital letters, clear and mark (V) in the appropriate answer box.
- Jika terjadi salah penulisan, mohon untuk tidak dihapus melainkan dicoret dan bubuhkan tanda tangan di sebelahnya sesuai dengan kartu identitas diri yang dilampirkan.**
If there is a mistake, please do strikethrough and don't delete, you are required to affix your signature next to correction. Your signature (as provided in ID Card) is required to be affixed next to the strikethrough.

DOKUMEN YANG WAJIB DILAMPIRKAN
REQUIRED DOCUMENTS TO BE ATTACHED

- Formulir Klaim Meninggal Dunia yang dikeluarkan oleh PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA dan telah diisi dengan lengkap, benar, dan jelas oleh Pemegang Polis atau Penerima Manfaat (asli);**
Death Claim Form issued by PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA and filled in completely, correctly, and clearly by Policyholder or Beneficiary (original)
- Polis Asuransi (Asli);**
Insurance Policy (original)
- Surat Keterangan Dokter yang merawat dan/atau Dokter penasehat yang ditunjuk oleh Perusahaan mengenai penyebab meninggal dunia(asli);**
Attending Physician's Statement and/or Doctor appointed by company regarding cause of death(original)
- Akta Kematian (asli atau salinan yang dilegalisir). Jika meninggal dunia di luar negeri, maka instansi yang berwenang adalah Konsulat Jenderal Republik Indonesia;**
Death Certificate (original or legalized copy). If insured dies abroad, the authorized agent is the Consulate General of Republic Indonesia
- Surat Keterangan Pemakaman atau Kremasi dari instansi yang berwenang (asli atau salinan yang telah dilegalisir);**
Funeral or Cremation Certificate from authorized institution (original or legalized copy)
- Surat keterangan kecelakaan dari kepolisian, jika meninggal dunia akibat kecelakaan / sebab yang tidak wajar (asli atau salinan yang telah dilegalisir).**
Police report for death due to accident or unnatural cause (original or legalized copy)
- Bukti identitas diri (asli atau salinan yang telah dilegalisir), berupa Kartu Tanda Penduduk Elektronik (e-KTP) atau Paspor yang dilengkapi dengan Kartu Ijin Tinggal Terbatas (KITAS) atau Kartu Ijin Tinggal Tetap (KITAP) bagi warga negara asing atau keterangan lain yang diterbitkan oleh pihak yang berwenang, Akta Kelahiran apabila Penerima Manfaat berusia di bawah 17 tahun, Kartu Keluarga**
Identity Card (original or legalized copy) or Passport including Temporary or Permanent Residence Permit for foreigner or other information issued by authorized institution, Birth Certificate of Insured or Beneficiary if under 17 years old, Family Card

DATA PEMEGANG POLIS
POLICYHOLDER DATA

Nama Lengkap	:		Jenis Kelamin	:	<input type="checkbox"/> Pria	<input type="checkbox"/> Wanita		
Full Name	:		Gender	:	Male	Female		
Nomor Polis	:		Kewarganegaraan	:				
Policy Number	:		Nationality	:				
Tempat Lahir	:		Jenis Identitas	:				
Place of Birth	:		Type of ID Card	:				
Tanggal Lahir	:	..... / ..... / .....	Nomor Identitas	:			
Date of Birth	:	(dd/mm/yyyy)	Identity Number	:				
Nomor NPWP	:		Pekerjaan	:				
Indonesian Tax Id Number	:		Occupation	:				
Telepon Seluler	:		Telepon Rumah/Kantor	:				
Cellphone	:		Home/Office Telephone Number	:				
Alamat Sesuai Identitas	:							
Address in Accordance with ID Card								
Kota	:	Kode Pos	:	Provinsi	:
City	:		Post Code	:		Province	:	
Alamat Tempat Tinggal di Negara Asal (Khusus WNA)	:							
Address in The Country of Origin (Foreigner Only)								

DATA TERTANGGUNG
INSURED DATA

Nama Lengkap	:		Jenis Kelamin	:	<input type="checkbox"/> Pria	<input type="checkbox"/> Wanita		
Full Name	:		Gender	:	Male	Female		
Tempat Lahir	:		Kewarganegaraan	:				
Place of Birth	:		Nationality	:				
Tanggal Lahir	:	..... / ..... / .....	Jenis Identitas	:			
Date of Birth	:	(dd/mm/yyyy)	Type of ID Card	:				
Nomor NPWP	:		Nomor Identitas	:				
Indonesian Tax Id Number	:		Identity Number	:				
Pekerjaan	:		Pekerjaan	:				
Occupation	:		Occupation	:				
Telepon Seluler	:		Telepon Rumah/Kantor	:				
Cellphone	:		Home/Office Telephone Number	:				
Alamat Tinggal Lengkap Sesuai Dengan Identitas Diri	:							
Residence Address in Accordance with ID Card								
Kota	:	Kode Pos	:	Provinsi	:
City	:		Post Code	:		Province	:	
Alamat Tempat tinggal di Negara Asal (Khusus WNA)	:							
Address in The Country of Origin (Foreigner Only)								
Telah Meninggal Dunia Pada (hari, tanggal tgl/bln/thn)	:	Waktu	:			
Has Died On (day, date dd/mm/yyyy)	:		Time	:				
Tempat Meninggal	:	<input type="checkbox"/> Rumah Tinggal	<input type="checkbox"/> Rumah Sakit	<input type="checkbox"/> Tempat Lain	:			
Location of Death	:	Home	Hospital	Other Places	:			
Sebab Meninggal Dunia	:	<input type="checkbox"/> Sakit	<input type="checkbox"/> Kecelakaan	<input type="checkbox"/> Lain-Lain	:			
Cause of Death	:	Illness	Accident	Others	:			
Kronologis Kejadian Sebelum Peserta Meninggal Dunia	:							
Event Chronology Prior to Death								

JIKA TERTANGGUNG JUGA MELAKUKAN CLAIM TERHADAP PERUSAHAAN ASURANSI LAIN:

IF PARTICIPANT ALSO CLAIMS TO OTHER INSURANCE COMPANY

No	Nama Perusahaan Asuransi <i>Name of Insurance Company</i>	Nama Produk Asuransi <i>Insurance Product Name</i>	Nomor Polis <i>Policy Number</i>	Jumlah Uang Pertanggungan <i>Sum Insured</i>
1				(IDR / CNY / USD)
2				(IDR / CNY / USD)
3				(IDR / CNY / USD)
4				(IDR / CNY / USD)
5				(IDR / CNY / USD)

DATA PENERIMA MANFAAT

BENEFICIARY DATA

Nama Lengkap :	.....	Jenis Kelamin :	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita
Full Name :	.....	Gender :	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Tempat Lahir :	.....	Kewarganegaraan :	.....
Place of Birth :	.....	Nationality :	.....
Tanggal Lahir :	..... / ..... / ..... (tgl/bln/thn)	Jenis Identitas :	.....
Date of Birth :	..... / ..... / ..... (dd/mm/yyyy)	Type of ID Card :	.....
Nomor NPWP :	.....	Nomor Identitas :	.....
Indonesian Tax Id Number :	.....	Identity Number :	.....
Pekerjaan :	.....	Pekerjaan :	.....
Occupation :	.....	Occupation :	.....
Telepon Seluler :	.....	Telepon Rumah/Kantor :	.....
Cellphone :	.....	Home/Office Telephone Number :	.....
Alamat Tinggal Lengkap Sesuai Dengan Identitas Diri :	.....	
Residence Address in Accordance with ID Card :	.....	
	Kota :	Kode Pos :	Provinsi :
	City :	Post Code :	Province :
Alamat Tempat tinggal di Negara Asal (Khusus WNA) :	.....	
Address in The Country of Origin (Foreigner Only) :	.....	

PEMBAYARAN MANFAAT ASURANSI

INSURANCE BENEFIT PAYMENT

Nama Bank :	.....	Pemilik Rekening :	.....
Bank Name :	.....	Account Holder :	.....
Cabang Bank :	.....	Nomor Rekening :	.....
Bank Branch :	.....	Account Number :	.....
Alamat Bank :	.....	Mata Uang :	<input type="checkbox"/> USD <input type="checkbox"/> CNY <input type="checkbox"/> IDR
Bank Address :	.....	Currency :	<input type="checkbox"/> US Dollar <input type="checkbox"/> Chinese Yuan (RMB) <input type="checkbox"/> Rupiah

PERNYATAAN TENTANG KEPATUHAN BAGI PENERIMA MANFAAT

STATEMENT REGARDING COMPLIANCE FOR BENEFICIARY

	<u>Ya</u> Yes	<u>Tidak</u> No	<u>Penjelasan</u> <i>Explanation</i> jika Jawaban "Ya" If the Answer is "Yes"
1. <u>Saya Memiliki Kediaman Pajak (Tax Residency) Amerika Serikat</u> <i>I Have a Tax Residency in the United States</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. <u>Saya Memiliki Kediaman Pajak (Tax Residency) Selain Amerika Serikat dan Indonesia</u> <i>I Have a Tax Residency Other Than the US and Indonesia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. <u>Jika Saya Memiliki Kediaman Pajak atau Kewajiban Pajak selain di Indonesia, sebagai berikut :</u> <i>I Have a Residence Tax or Tax Obligation Other Than in Indonesia, as Follows :</i>			Sebutkan Negara : <i>Mention The Country</i>
a. <u>Negara/yurisdiksi dimana Saya memiliki kediaman tidak menerbitkan TIN (Tax Identification Number) kepada orang yang berkediaman di negara/yurisdiksi tersebut.</u> <i>The country/jurisdiction where I reside does not issue any TIN (Tax Identification Number) to people residing in these countries/jurisdictions.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. <u>Saya tidak dapat memperoleh TIN (Tax Identification Number) atau Nomor Perpajakan sejenis.</u> <i>I don't obtain any TIN (Tax Identification Number) or similar thereto.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. <u>TIN (Tax Identification Number) tidak dipersyaratkan oleh negara/yurisdiksi dimana Saya memiliki kediaman (pilihan ini dipilih hanya jika hukum di Negara/Yurisdiksi tersebut).</u> <i>TIN (Tax Identification Number) is not required by the country/jurisdiction where I reside (this is chosen only if law in the country/jurisdiction requires gerhering and/or reporting of TIN (Tax Identification Number) being issued by such country/jurisdiction).</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. <u>Mohon pilih (beri tanda X) atau jelaskan alasan dalam hal alamat atau nomor telepon Anda berbeda dengan negara Kediaman Pajak Anda:</u> <i>Please mark (X) or explain the reason in case of address or your phone number is different from you tax country of residence:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. <u>Saya saat ini adalah Pelajar di institusi pendidikan di negara kunjungan dalam rangka program pertukaran pelajar/budaya di kediaman/alamat surat/nomor telepon negara kediaman/alamat surat/nomor telepon yang kurang dari 6 bulan.</u> <i>I am now Students in educational institutions in the country participating in student/cultural exchange in residence/mailing address/telephone number country of residence/mailing address/telephone number less than 6 (six) months.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. <u>Saya saat ini adalah Pegawai di Negara Kediaman/alamat surat/nomor perjalanan reguler dengan negara/yurisdiksi yang berbeda telepon yang kurang dari 6 (enam) bulan antara rumah dan tempat bekerja.</u> <i>I am now Worker in the country of residence/mailing address/regular travel number with different country/jurisdictions of telephone numbers less than 6 (six) months between home and workplace.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Alasan lainnya, mohon sebutkan</u> :		
<i>Others, please mention :</i>		

Pernyataan Penerima Manfaat Terkait FATCA/CRS:

Beneficiary Statement Regarding FATCA / CRS

Saya setuju :

Bahwa Saya sebagai Penerima Manfaat memahami bahwa PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA memiliki kewajiban berdasarkan hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku untuk mengumpulkan informasi mengenai kediaman pajak dan informasi perpajakan yang relevan; Saya menyatakan bahwa Saya memiliki kewajiban pajak dan/atau pelaporan perpajakan terhadap otoritas perpajakan di Indonesia dan/atau negara/yurisdiksi lain diluar Indonesia sesuai dengan isian pada tabel yurisdiksi pajak di atas. Sehubungan dengan ketentuan hukum dan peraturan perpajakan di Indonesia maupun Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) dan/atau Common Reporting Standard (CRS), maka dengan ini Saya menyatakan dan menjamin bahwa Nomor Identitas Pajak yang diserahkan oleh Saya kepada PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA adalah benar dan lengkap. Saya bertanggung jawab penuh atas segala akibat yang timbul apabila terdapat kesalahan informasi. Saya setuju untuk mengungkapkan, memberitahukan, atau menyediakan PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA dengan informasi atau data atas diri Saya paling lambat 30 (tiga puluh) hari kalender sejak pengajuan maupun pada saat perubahan atau waktu lain khususnya, yang berkaitan dengan perubahan data pribadi dan status, atau apabila Saya menjadi wajib pajak di lebih dari satu negara dan dalam waktu tertentu sebagaimana disyaratkan untuk diungkapkan kepada Otoritas manapun. Pembaharuan status tersebut merupakan tanggung jawab Saya dan bukan merupakan tanggung jawab PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA. Selanjutnya untuk kepentingan pelaporan perpajakan terkait Rekening Keuangan milik Saya kepada pihak yang berwenang, Saya bersedia untuk mengisi dan menandatangani dokumen-dokumen yang dipersyaratkan oleh ketentuan dan peraturan yang berlaku serta menyetujui dan memberi kuasa kepada PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA untuk menggunakan semua data, keterangan dan informasi mengenai Saya dalam rangka pelaporan perpajakan kepada pihak-pihak yang berwenang, termasuk FATCA atau CRS.

I agree :

That I as Beneficiary understand that PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA has obligations under applicable laws and regulations to collect information on tax residences and relevant tax information and declare; I declare that I have tax obligations and/or tax reporting to Indonesia tax authority and/or other countries/jurisdictions outside Indonesia in accordance with the contents in the tax jurisdiction table above. In accordance to the laws and regulations regarding taxation in Indonesia as well as the Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) and/or the Common Reporting Standard (CRS), I hereby declare and warrant that the Tax Identity Number submitted to PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA is true and complete. I am fully responsible for all consequences arising from misinformation. I agree to disclose, notify, or provide PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA with information or data no later than 30 (thirty) calendar days from the submission or at the time of changes of circumstances, relating to changes in personal data and status, or if I become taxpayers in more than one country and at certain times as required to be disclosed to any Authority. Renewing this status is my responsibility and shall not be the responsibility of PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA. Furthermore, for the purposes of reporting related to My Financial Account to authorized parties related to FATCA or CRS, I willing to fill out and sign the documents required by the applicable laws and regulations and approve and authorize PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA to use all data, information and information about Me in the context of reporting to the competent authorities related to FATCA or CRS.

PERSETUJUAN TENTANG DATA PRIBADI

CONSENT ON PERSONAL DATA

Saya bersedia untuk menerima penawaran produk yang dikeluarkan dan/atau layanan yang diberikan oleh PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA melalui sarana komunikasi pribadi Saya, seperti telepon, short message service (SMS), email, faksimili dan sarana pribadi lainnya.

I am willing to accept product offers issued and/or services provided by the PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA through my personal communication facilities, such as telephone, short message service (SMS), fax, e-mail and other personal facilities.

Saya memperkenankan PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA untuk memberi data dan/atau informasi pribadi saya yang tercatat di PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA kepada pihak ketiga dalam rangka pelaksanaan kegiatan usaha PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA

I allow the Company to provide data and/or my personal information recorded in the PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA to the third party in the context of carrying out the Company's business activities.

Saya memahami bahwa PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA mengumpulkan dan menyimpan data pribadi Pemegang Polis, dan Tertanggung, atau Penerima Manfaat untuk menyediakan, mengelola, mengembangkan dan menawarkan berbagai jasa atau produk asuransi kepada Pemegang Polis, di mana penawaran produk tersebut dapat dilakukan oleh PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA sendiri maupun mitra distribusi PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA. PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA akan melakukan analisa data terhadap data pribadi Pemegang Polis, dan Tertanggung atau Penerima Manfaat, baik analisa tersebut dilakukan oleh PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA sendiri ataupun PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA menunjuk pihak ketiga di dalam maupun di luar Indonesia. PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA juga akan menyimpan data pribadi Pemegang Polis, seperti nama, alamat, nomor email dan data transaksi sebagaimana disyaratkan oleh peraturan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia. Pemegang Polis memahami dan menyetujui bahwa PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA dapat melaksanakan hal-hal di atas.

I understand that the PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA collects and stores personal data of Policyholder, and the Insured, or Beneficiaries to provide, manage, develop and offer various insurance products or services to Policyholder, where the product offerings can be carried out by the PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA itself or distribution partners PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA. PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA will analyze the data on the personal data of the Policyholder, and the Insured or Beneficiary, whether the analysis is carried out by PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA or PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA appoints third parties inside and outside Indonesia. PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA will also store policyholder personal data, such as name, address, email number and transaction data as required by the laws and regulations in force in Indonesia. The Policyholder understands and agrees that PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA can carry out the above matters.

PERNYATAAN DAN SURAT KUASA

DECLARATION AND POWER OF ATTORNEY

Saya Menyatakan Bahwa:

I Declare That:

- i) Saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar, tidak ada keterangan atau informasi yang saya sembunyikan;
I have read, understood and answered all questions above completely and correctly;
- ii) Dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, perusahaan asuransi, badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan kesehatan saya untuk memberitahukan kepada PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan saya. Salinan dari pernyataan ini sama kuat dan sah seperti kuasa aslinya;
I hereby authorize any physician, clinic, hospital, public health center, insurance company, legal institution, personal or other organizations that have any records or information on the health of participant/insured to inform PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA or its affiliation/s, any explanation about my health condition. A copy of this statement will be valid and true as the original;
- iii) Saya memberikan kuasa dan persetujuan kepada PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA atau pihak yang diberikan kuasa olehnya untuk menyediakan informasi mengenai saya/tertanggung/pemegang polis yang diperoleh dan dikumpulkan oleh PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA atau afiliasinya kepada pihak berkepentingan (termasuk namun tidak terbatas pada reasuransi, penyidik klaim dan asosiasi industri) yang memiliki kerjasama dengan PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA untuk tujuan memproses formulir ini dan/atau memproses pembayaran klaim dan/atau melakukan proses lainnya yang terkait dengan polis ini;
I authorize and give my consent to PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA or its affiliation/s to provide to any party (including but not limited to: reinsurance, claim investigator and/or industry association) that has cooperation with PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA for the purpose of processing this form and/ or processing claim payment and/or processing other process related to this policy;
- iv) Apabila di kemudian hari diketahui bahwa keterangan dan/atau pernyataan dan/atau pemberitahuan yang disampaikan ternyata keliru, atau ditemukan adanya dokumen lain yang sah secara hukum dapat membatalkan dokumen yang telah diberikan, maka saya mengerti bahwa pengajuan ini akan batal demi hukum;
If in the future, it is proven that information given in this form is not accurate, I/we understand that this claim is declared void;
- v) Saya memahami bahwa PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA dapat meminta dokumen asli atas pemberian kuasa sebagaimana dimaksudkan dalam poin (ii) dan (iii).
I understand that the PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA may request original documents for authorization as referred to points (ii) and (iii).

PERSETUJUAN

CONSENT

Saya menyatakan bahwa saya telah mengisi seluruh data dan informasi dengan benar; telah membaca, memahami dan menyetujui seluruh syarat dan ketentuan sebagaimana dinyatakan pada formulir ini; dan menandatangani formulir ini dalam keadaan sadar serta tanpa paksaan. Segala risiko yang mungkin timbul sehubungan dengan pengajuan ini adalah tanggung jawab saya sepenuhnya.

I certify that I have read, understood and agreed to all the terms and condition above. All risk that arise include those caused because this Form was signed in a blank/incomplete condition, which is my responsibility as a policyholder.

Ditandatangani di :

Signed in

Yang Menyatakan

Declared By

Tanggal : / / (tg/Bln/Thn)
Date (dd/mm/yyyy)

(Tanda Tangan dan Nama Jelas Pemegang Polis atau Penerima Manfaat)

(Signature and Name of Policyholder or Beneficiary)

SURAT KETERANGAN DOKTER KLAIM MENINGGAL DUNIA
ATTENDING DOCTOR'S STATEMENT FOR DEATH CLAIM

PETUNJUK PENGAJUAN KLAIM

GUIDELINE OF CLAIM SUBMISSION

1. Formulir ini harus diisi dengan lengkap, benar dan jelas oleh dokter yang merawat atau dokter yang ditunjuk oleh PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA
This form should be filled in correctly, completely and clearly by the attending doctor or doctor appointed by PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA
2. Mohon mengisi dengan menggunakan tinta hitam, huruf kapital, jelas dan memberi tanda (v) pada kotak jawaban yang sesuai.
Please fill in by using black ink, in capital letters, clear and mark (v) in the appropriate answer box
3. Jika terjadi salah penulisan, mohon untuk tidak dihapus melainkan dicoret dan bubuhkan tanda tangan di sebelahnya sesuai dengan kartu identitas diri yang dilampirkan.
If there is a mistake, please do strikethrough and don't delete, you are required to affix your signature next to correction. Your signature (as provided in ID Card) is required to be affixed next to the strikethrough.

IDENTITAS DOKTER YANG MERAWAT
ATTENDING DOCTOR'S IDENTITY

Nama Lengkap : Telepon Rumah/Kantor :
Full Name *Home/Office Telephone Number*
Nama Rumah Sakit : Telepon Seluler :
Hospital Name *Cellphone*
Alamat Tempat Tinggal Dokter :
Address of Doctor's Residence
Kota : Kode Pos : Provinsi :
City *Post code* *Province*

KETERANGAN DOKTER (Diisi oleh Dokter yang Merawat)
MEDICAL RESUME (to be Completed by the Attending Doctor)

Nama Pasien : Nomor Rekam Medis :
Name of the Patient *Medical Record Number*
Tanggal Lahir : / / (tgl/bln/thn) Tanggal Mulai Perawatan :
Date of Birth (*dd/mm/yyyy*) *Admission Date*
Jenis Kelamin : Pria Wanita Tanggal Akhir Perawatan :
Gender *Male* *Female* *Discharge Date*
Peserta Telah Meninggal Dunia Pada (hari, tgl/bln/thn) : Waktu :
Participant has Died On (day, dd/mm/yyyy) *Time*
Sebab Meninggal Dunia : Sakit Kecelakaan Lain-lain :
Cause of Death *Illness* *Accident* *Others*
Apakah Pasien Dirawat Inap? Ya, Indikasi Rawat Inap:
Did the Patient Hospitalize? *Yes, Indication of Hospitalization*
 Tidak, Apakah Pasien Mendapat Perawatan di Ruang Gawat Darurat?
No, Did Patient have Emergency Treatment?
 Tidak
No
 Ya, masuk Ruang Gawat Darurat Pukul : Keluar Ruang Gawat Darurat Pukul :
Yes, Admitted to the Emergency Room at *Discharged from Emergency Room at*
Perawatan di Ruang Gawat Darurat :
Treatment in the Emergency Room

Nama dan Spesialisasi Dokter yang Ikut Merawat Pasien : 1.
Name and Specialty of All Treating Doctors 2.
 3.
 4.
 5.

Tanda dan Gejala Medis :
Medical Sign and Symptoms

Tanggal Pertama Kali Pasien Mengalami Gejala atau Keluhan : / / (tgl/bln/thn)
Date of First Initial Sign and Symptoms (dd/mm/yyyy)

Pemeriksaan Fisik yang Didapat :
Physical Examination Result
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Hasil Pemeriksaan Penunjang (Termasuk Lab, Xray, CT scan, Patologi, Dll) :
Supporting Examination Result (Including Lab, Xray, CT scan, Pathology Result, Etc)
.....
.....
.....
.....
.....

Diagnosa :
Diagnosis

Pengobatan :
Treatment
.....
.....
.....
.....
.....

Operasi (Jika Dilakukan) :
Surgery (If Done)
.....
.....

Tanggal Pertama Kali Diagnosa Ditegakkan : / / (tgl/bln/thn)
Date of First Diagnosis (dd/mm/yyyy)

Apakah Sebelumnya Pasien Pernah Menjalani Konsultasi atau Perawatan Sebelumnya? Tidak Ya, Sebagai Berikut:
Has the Patient Ever Been Consulted or Hospitalized Before? No Yes, as Follows

Kunjungan ke: - <i>Sequence of Visit</i>	1	2	3
<u>Tanggal Kunjungan (tgl/bln/thn):</u> <i>Date of Visit (dd/mm/yyyy)</i>			
<u>Diagnosa:</u> <i>Diagnosis</i>			
<u>Nama Dokter:</u> <i>Name of Doctor</i>			
<u>Nama Rumah Sakit:</u> <i>Name of Hospital</i>			
<u>Alamat Tempat Tinggal Dokter:</u> <i>Address of Doctor's Residence</i>			
<u>Telepon Rumah/Kantor Dokter:</u> <i>Doctor's Home/Office Phone Number</i>			
<u>Telepon Seluler Dokter:</u> <i>Doctor's Cellphone Number</i>			

Penyebab Utama Kematian: :
Underlying Cause of Death
.....
.....

Penyebab Kematian di atas Berhubungan atau Diakibatkan oleh (Mohon Beri Tanda v pada Pilihan yang Sesuai):
The Underlying Cause of Death Above is Related to or as a Result of (Please Make v Where Applicable)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> <u>Kecelakaan</u>
<i>Accident</i> | <input type="checkbox"/> <u>Penyakit Menular Seksual</u>
<i>Sexually Transmitted Disease</i> | <input type="checkbox"/> <u>Hukuman Mati oleh Pengadilan</u>
<i>Death Penalty by the Court</i> |
| <input type="checkbox"/> <u>Tindakan/Percobaan Bunuh Diri/Pencideraan Diri Sendiri</u>
<i>Acts/Attempted Suicide/Self-injury</i> | <input type="checkbox"/> <u>Aktivitas/Olahraga Berbahaya</u>
<i>Dangerous Activities/Sport</i> | <input type="checkbox"/> <u>Penggunaan Narkotika, Alkohol, Racun, Gas, Bahan Sejenis, atau Obat Tanpa Resep</u>
<i>Use of Narcotics, Alcohol, Toxins, Gas, Similar Ingredients, or Medicines</i> |
| <input type="checkbox"/> <u>Tindakan/Percobaan Tindakan Kejahatan Melawan Hukum</u>
<i>Acts/Attempted Crime Against the Law</i> | <input type="checkbox"/> <u>HIV/AIDS</u>
<i>HIV/AIDS</i> | <input type="checkbox"/> <u>Lain-lain</u>
<i>Others</i> |

Jika Pasien Meninggal Dunia Karena Kecelakaan, Mohon Keterangan Mengenai:

If the Patient Dies Due to an Accident, Please Provide Information About:

Tanggal Kecelakaan : / / (tgl/bln/thn)
Date of Accident (dd/mm/yyyy)

Lokasi Kecelakaan :
Location of Accident

Kronologis Kecelakaan :
Chronology of Accident

Kondisi Luka Pada Pasien (Jenis dan Kedalaman Luka) :
Injury in the Patient (Type and Depth of Injury)

Penyakit Lain yang Dialami Pasien:

Other Disease Experienced by the Patient

No	Nama Penyakit	Tanggal Pertama Kali Dialami (tgl/bln/thn)	Nama Dokter	Alamat Dokter
No	Name of the Disease	Date of First Onset (dd/mm/yyyy)	Name of the Doctor	Address of the Doctor
1				
2				
3				
4				

Jika Pasien Datang Dalam Keadaan Meninggal, Mohon Penjelasan Mengenai Sebab Meninggal dari Pengamatan Dokter (visum et repertum), Beserta Lokasi dan Jenis Lukanya:

If it is a Death-on-Arrival Case, Please Explain the Cause of Death Based on Your Observation (visum et repertum), Along with the Location and Type of Injuries.

.....
.....
.....

Informasi Tambahan Lainnya (Jika ada) :
Other Additional Information (If any)

PERNYATAAN DOKTER
DOCTOR'S DECLARATION

Saya, yang bertanda tangan di bawah ini adalah dokter yang merawat, dengan ini menyatakan bahwa saya telah membaca dan menjawab seluruh pertanyaan pada formulir ini dengan lengkap, benar, dan sejujur-jujurnya.

I the undersign below is the attending physician declare that I have read and answer of all above questions completely, correctly and truthfully.

Ditandatangani di:
Signed in

Tanggal: / / (tgl/bln/thn)
Date (dd/mm/yyyy)

Tanda tangan & Nama Dokter
Doctor's Signature & Name

Cap Rumah Sakit
Hospital Stamp