

**FORMULIR KLAIM KETIDAKMAMPUAN TETAP TOTAL ASURANSI KUMPULAN**  
**GROUP INSURANCE TOTAL PERMANENT DISABILITY CLAIM FORM**

**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 attached*
- Mohon mengisi dengan 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 Asuransi Ketidakmampuan Tetap Total yang dikeluarkan oleh PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA dan telah diisi dengan lengkap, benar, dan jelas oleh Pemegang Polis (asli);  
*Group Insurance Total Permanent Disability Claim Form issued by PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA and filled in completely, correctly, and clearly by Policyholder (original)*
- Sertifikat Asuransi (asli);  
*Insurance Certificate (original)*
- Surat Keterangan Dokter yang merawat dan/atau Dokter penasehat yang ditunjuk oleh PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA mengenai ketidakmampuan (asli);  
*Attending Physician's Statement and/or Doctor appointed by PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA regarding cause of death(original)*
- Surat rujukan dokter/dokter gigi untuk pemeriksaan diagnostik dan/atau fisioterapi, jika dilakukan pemeriksaan diagnostik dan/atau fisioterapi (salinan);  
*Doctor's/dentist's referral letter for diagnostic and/or physiotherapy, if the diagnostic and/or physiotherapy is done (copy)*
- Seluruh hasil pemeriksaan diagnostik, jika dilakukan pemeriksaan diagnostik (salinan);  
*All results of diagnostic tests, if diagnostic tests are performed (copy)*
- Surat keterangan kecelakaan dari kepolisian (asli atau salinan yang telah dilegalisir);  
*Police report for death due to accident (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.*

**SAYA YANG BERTANDATANGAN DIBAWAH INI MEWAKILI PEMEGANG POLIS DAN PESERTA:**  
**I, WHO SIGN BELOW, REPRESENTING POLICYHOLDER AND PARTICIPANT**

Nama Pemegang Polis : ..... Nama Kontak Penghubung Asuransi (PIC) : .....  
*Policyholder name PIC of Insurance Name*  
Nomor Polis : ..... Nomor Telepon PIC : .....  
*Policy Number PIC Telephone Number*  
Alamat Korespondensi : ..... No Telepon Kantor : .....  
*Correspondence Address Office Telephone No*  
Kota : ..... Kode Pos : ..... Provinsi : .....  
*City Post Code Province*

**MENERANGKAN DENGAN SEBENARNYA BAHWA:**  
**CERTIFY TRULY THAT**

Nama Lengkap Peserta : ..... Jenis Kelamin :  Pria  Wanita  
*Participant's Name Gender Male Female*  
Nomor Peserta : ..... Kewarganegaraan : .....  
*Participant Number Nationality*  
Nomor Sertifikat : ..... Jenis Identitas : .....  
*Certificate Number Type of ID Card*  
Tempat, Tanggal Lahir : ..... / ..... / ..... (tgl/bln/thn) Nomor Identitas : .....  
*Place of Birth (dd/mm/yyyy) Identity Number*  
Telepon Seluler : ..... Status Kepegawaian Peserta : .....  
*Cellphone Employee Status of Participant*  
Telepon Rumah/Kantor : ..... Jabatan : .....  
*Home / Office Telephone Number Occupation*  
Alamat Peserta Sesuai Identitas : .....  
*Participant's 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)*

Penyebab Kondisi Pasien  Penyakit, Nama Penyakit : ..... Sudah dialami sejak ..... / ..... / ..... (tgl/bln/thn)  
*Cause of Patient's Condition Illness Diagnosis Has been experienced since (dd/mm/yyyy)*  
 Kecelakaan, Tempat Kejadian : ..... Tanggal dan waktu kejadian ..... / ..... / ..... (hari, tgl/bln/thn), pukul : .....  
*Accident Location of Accident Date and time of accident (day, dd/mm/yyyy), at : .....*  
Tanggal Terakhir Peserta Masuk Bekerja : ..... / ..... / ..... (tgl/bln/thn)  
*Participant's Last Day at Work (dd/mm/yyyy)*  
 Lain-lain, Mohon jelaskan : .....  
*Others Please explain*

Jelaskan Bagaimana Keadaan dan Luas Luka atau Ketidakmampuan yang Dialami Karena Kejadian Tersebut : .....  
State The Nature and Extent of The Injuries or The Dismemberment You Sustained Thereby : .....

Apakah Anda Kidal?  Ya  Tidak  
*Are You a Left-Handed Person?* Yes No

Apakah Peserta Dapat Melakukan Kegiatan Sehari-hari (Mandi, Berpakaian, Makan Sendiri, Mengontrol fungsi usus besar dan kandung kemih, dll)?  Ya  Tidak  
*Is Participant able to do daily activities (bathing, dressing, eating by him/herself, controlling the function of large intestine and bladder, etc)?* Yes No

Adakah Anggota Badan yang Hilang atau Kehilangan Fungsi?  Ya  Tidak  
*Any Loss of Limb, or Lost of The Functions of Limb?* Yes No

Jika "Ya", Berikan Tanda (X) Pada Bagian Anggota Tubuh yang Mana

*If "Yes", Please Give (X) Mark On Which Part of Limb*

- |  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kedua Tangan<br><i>Both Hands</i>                         | <input type="checkbox"/> Tangan Kiri Mulai Dari Siku<br><i>Left Arm From Elbow On</i>           | <input type="checkbox"/> Pendengaran Sebelah Telinga<br><i>Incurable Deaf In One Ear</i>   | <input type="checkbox"/> Jari Telunjuk Kanan<br><i>Right Index Finger</i>                | <input type="checkbox"/> Jari Tengah Kiri<br><i>Left Middle Finger</i>   |
| <input type="checkbox"/> Kedua Kaki<br><i>Both Feet</i>                            | <input type="checkbox"/> Tangan Kanan Mulai Dari Pergelangan<br><i>Right Hand From Wrist On</i> | <input type="checkbox"/> Satu Kaki Dari Pergelangan<br><i>One Foot From Ankle On</i>       | <input type="checkbox"/> Jari Telunjuk Kiri<br><i>Left Index Finger</i>                  | <input type="checkbox"/> Jari Manis Kanan<br><i>Right Ring Finger</i>    |
| <input type="checkbox"/> Kedua Mata<br><i>Both Eyes</i>                            | <input type="checkbox"/> Tangan Kiri Mulai Dari Pergelangan<br><i>Left Hand From Wrist On</i>   | <input type="checkbox"/> Jempol Kanan<br><i>Right Thumb</i>                                | <input type="checkbox"/> Jari Kelingking Kanan<br><i>Right Little Finger</i>             | <input type="checkbox"/> Jari Manis Kiri<br><i>Left Ring Finger</i>      |
| <input type="checkbox"/> Satu Tangan dan Satu Kaki<br><i>One Hand and One Foot</i> | <input type="checkbox"/> Penglihatan Sebelah Mata<br><i>Incurable Blindness In One Eye</i>      | <input type="checkbox"/> Jempol Kiri<br><i>Left Thumb</i>                                  | <input type="checkbox"/> Jari Kelingking Kiri<br><i>Left Little Finger</i>               | <input type="checkbox"/> Jari Tengah Kanan<br><i>Right Middle Finger</i> |
| <input type="checkbox"/> Satu Tangan dan Satu Mata<br><i>One Hand and One Eye</i>  | <input type="checkbox"/> Pendengaran Kedua Belah Telinga<br><i>Incurable Deaf In Both Ears</i>  | <input type="checkbox"/> Lengan Kanan Mulai Dari Bahu<br><i>Right Arm From Shoulder On</i> | <input type="checkbox"/> Lengan Kiri Mulai Dari Bahu<br><i>Left Arm From Shoulder On</i> | <input type="checkbox"/> Lain-lain<br><i>Others</i>                      |
| <input type="checkbox"/> Satu Kaki dan Satu Mata<br><i>One Foot and One Eye</i>    | <input type="checkbox"/> Tangan Kanan Mulai Dari Siku<br><i>Right Arm From Elbow On</i>         |  |  |  |

Apakah Sebelumnya Peserta Pernah Menjalani Konsultasi atau Perawatan atas Kecelakaan ini?

*Has the Patient Ever Been Consulted or Hospitalized Before for this Accident?*

Ya, Sebagai Berikut:

*Yes, as Follows*

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

Tidak  
*No*

Apakah Peserta Sudah Bisa Bekerja Sekarang ?

*Are You Able to Work Now?*

Ya, Peserta Sudah Kembali Bekerja Sejak Tanggal : ..... / ..... / ..... (tgl/bln/thn)  Peserta Dapat Melakukan Sebagian Pekerjaan  Peserta Bekerja Normal Kembali  
*Yes, Participant Has Returned to Work Since (dd/mm/yyyy) Participant Able To Do Some Parts of Job Work Normally Again*

Tidak, Tanggal Perkiraan Bisa Kembali Bekerja Paling Tidak Sebagian Pekerjaan : ..... / ..... / ..... (tgl/bln/thn)  
*No, Estimated Date Can Return to Work at Least Some Work (dd/mm/yyyy)*

Apakah Ada Kondisi Lain (Penyakit Saat Ini, Riwayat Penyakit Dahulu, Dll) yang Turut Berperan Dalam Terjadinya Kecelakaan atau Ketidakmampuan Saat Ini?

*Is There Any Condition (Current Illness, Past Medical History, Etc) That Contribute To The Current Accident or Disability?*

Ya, Mohon Penjelasan :

*Yes, Please Explain*

.....

Tidak

*No*

**JIKA PESERTA JUGA MELAKUKAN KLAIM TERHADAP PERUSAHAAN ASURANSI LAIN**  
**IF PARTICIPANT ALSO CLAIMS TO OTHER INSURANCE COMPANY**

No	<u>Other Insurance Name</u> Nama Asuransi Lain	<u>Nama Produk Asuransi</u> Insurance Product Name	<u>Nomor Polis</u> Policy Number	<u>Jumlah Uang Pertanggungan</u> Sum Insured
1.				(IDR/CNY/USD)
2.				(IDR/CNY/USD)
3.				(IDR/CNY/USD)
4.				(IDR/CNY/USD)
5.				(IDR/CNY/USD)

**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 Peserta 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 Peserta 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 Participant 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 Participant 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 Peserta untuk memberitahukan kepada PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan Peserta. 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 to inform PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA or its affiliation/s, any explanation about Participant's 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 Peserta 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 Peserta;  
*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 Participant's policy;*
- iv) Saya juga memberikan persetujuan saya kepada PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA atau mereka yang diberikan kuasa olehnya untuk memberikan informasi medis milik Peserta kepada Departemen Sumber Daya Manusia pada perusahaan Peserta, broker asuransi dan/ atau Forum Klaim Indonesia;  
*I also give my consent to PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA or its affiliation to provide Participant's medical information to Human Resources Department of Participant's company, insurance broker and/ or any Indonesian Claim Forum;*
- v) 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; dan  
*If later on, it is proven that information given in this form is not accurate, or it is found that other documents which are legally valid can cancel the document that has been given, I understand that this claim is void by law; and*
- vi) Saya memahami bahwa perusahaan dapat meminta dokumen asli atas pemberian kuasa sebagaimana dimaksud dalam poin (ii) dan (iii).  
*I understand that the company 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 : .....

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

Yang Menyatakan  
 Declared By

(Tanda Tangan, Nama Jelas Pemegang Polis, dan Jabatan)  
 (Signature, Name of Policyholder, and position)

**SURAT KETERANGAN DOKTER KLAIM KETIDAKMAMPUAN**  
**ATTENDING DOCTOR'S STATEMENT FOR DISABILITY 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** : ..... **Tanggal Mulai Perawatan** : ..... (tgl/bln/thn)  
*Name of the Patient* ..... *Admission Date* ..... (dd/mm/yyyy)

**Tanggal Lahir** : ..... / ..... / ..... (tgl/bln/thn) **Tanggal Akhir Perawatan** : ..... (tgl/bln/thn)  
*Date of Birth* ..... (dd/mm/yyyy) *Discharge Date* ..... (dd/mm/yyyy)

**Nomor Rekam Medis** : ..... **Jenis Kelamin** :  **Pria**  **Wanita**  
*Medical Record Number* ..... *Gender* *Male* *Female*

**Peserta Mengalami Kondisi Saat Ini Sejak** : ..... / ..... / ..... (tgl/bln/thn)  
*Participant has suffered the condition since* ..... (dd/mm/yyyy)

**Penyebab Kondisi Saat Ini** :  **Penyakit** **Diagnosa**  
*Cause of Disability: Illness* *Diagnosis*

**Tanggal pertama kali pasien mengalami penyakit tersebut** : ..... / ..... / ..... (tgl/bln/thn)  
*Date of first onset of disease* ..... (dd/mm/yyyy)

**Tanggal pertama kali pasien mendapat perawatan** : ..... / ..... / ..... (tgl/bln/thn)  
*Date of patient first received treatment* ..... (dd/mm/yyyy)

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

**Lokasi Kecelakaan** : .....  
*Location of Accident* .....

**Kronologis Kecelakaan** : .....  
*Chronology of Accident* .....

**Lain-lain**  
*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. .... 3. ....  
*Name and Specialty of All Treating Doctors* 2. .... 4. ....

**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

: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Adakah Anggota Badan yang Hilang atau Kehilangan Fungsi?**  
Any Loss of Limb, or Lost of The Functions of Limb?

Ya  
Yes

Tidak  
No

Jika "Ya", Berikan Tanda (X) Pada Bagian Anggota Tubuh yang Mana  
If "Yes", Please Give (X) Mark On Which Part of Limb

<input type="checkbox"/> Kedua Tangan Both Hands	<input type="checkbox"/> Penglihatan Sebelah Mata Incurable Blindness In One Eye	<input type="checkbox"/> Pendengaran Kedua Belah Telinga Incurable Deaf In Both Ears	<input type="checkbox"/> Lengan Kanan Mulai Dari Bahu Right Arm From Shoulder On	<input type="checkbox"/> Jari Kelingking Kiri Left Little Finger
<input type="checkbox"/> Kedua Kaki Both Feet	<input type="checkbox"/> Tangan Kanan Mulai Dari Siku Right Arm From Elbow On	<input type="checkbox"/> Pendengaran Sebelah Telinga Incurable Deaf In One Ear	<input type="checkbox"/> Lengan Kiri Mulai Dari Bahu Left Arm From Shoulder On	<input type="checkbox"/> Jari Tengah Kiri Left Middle Finger
<input type="checkbox"/> Kedua Mata Both Eyes	<input type="checkbox"/> Tangan Kiri Mulai Dari Siku Left Arm From Elbow On	<input type="checkbox"/> Satu Kaki Dari Pergelangan One Foot From Ankle On	<input type="checkbox"/> Jari Telunjuk Kanan Right Index Finger	<input type="checkbox"/> Jari Manis Kanan Right Ring Finger
<input type="checkbox"/> Satu Tangan dan Satu Kaki One Hand and One Foot	<input type="checkbox"/> Tangan Kanan Mulai Dari Pergelangan Right Hand From Wrist On	<input type="checkbox"/> Jempol Kanan Right Thumb	<input type="checkbox"/> Jari Telunjuk Kiri Left Index Finger	<input type="checkbox"/> Jari Manis Kiri Left Ring Finger
<input type="checkbox"/> Satu Tangan dan Satu Mata One Hand and One Eye	<input type="checkbox"/> Tangan Kiri Mulai Dari Pergelangan Left Hand From Wrist On	<input type="checkbox"/> Jempol Kiri Left Thumb	<input type="checkbox"/> Jari Kelingking Kanan Right Little Finger	<input type="checkbox"/> Jari Tengah Kanan Right Middle Finger
<input type="checkbox"/> Satu Kaki dan Satu Mata One Foot and One Eye				

**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**  
Date of First Diagnosis

: ..... / ..... / ..... (tgl/bln/thn)  
(dd/mm/yyyy)

**Apakah Kondisi Pasien Dapat Disembuhkan?**  
Can Patient's Condition Be Cured?

:  Ya, perkiraan waktu penyembuhan :  Bulanan  
Yes, estimated healing time : Months  Tahunan  
Years

Tidak  
No

**Apakah Pasien Mengunjungi Anda Lebih dari Satu Kali untuk Konsultasi atau Mendapat Perawatan?**  
Has the Patient Visited You more than Once for a Consultation or Treatment?

Ya, sebagai berikut :  
Yes, as follows :

Kunjungan ke- Sequence of Visit	1	2	3
Tanggal Kunjungan (tgl/bln/thn) Date of Visit (dd/mm/yyyy)			
Tanda dan Gejala Medis Medical Sign and Symptoms			
Pemeriksaan yang Didapat Examination Result			
Diagnosa Diagnosis			
Pengobatan dan Pembedahan Jika Ada Treatment Given and Surgery If Any			

Tidak  
No

Apakah sebelumnya Pasien pernah menjalani Konsultasi atau Perawatan dengan Dokter selain Anda?

Has the Patient Ever Been Consulted or Hospitalized Before with other Doctors?

Ya, Sebagai Berikut :

Yes, as Follows

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

Tidak

No

Penyebab Kondisi 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)

Tindakan/Percobaan Bunuh Diri/Pencideraan Diri Sendiri  
Acts/Attempted Suicide/Self-injury

Aktivitas/Olahraga Berbahaya  
Dangerous Activities/Sport

Dinas Militer/Kepolisian  
Military/Police Service

Tindakan/Percobaan Tindakan Kejahatan Melawan Hukum  
Acts/Attempted Crime Against the Law

HIV/AIDS  
HIV/AIDS

Penggunaan Narkotika, Alkohol, Racun, Gas, Bahan Sejenis, atau Obat Tanpa Resep Dokter  
Use of Narcotics, Alcohol, Toxins, Gas, Similar Ingredients, or Medicines without a Doctor's

Penerbangan Non-Komersial/Helikopter/Tidak berjadwal  
Non-commercial/Helicopter/Non-scheduled Flight

Penyakit Menular Seksual  
Sexually Transmitted Disease

Kehamilan, kelahiran, keguguran, atau komplikasinya  
Pregnancy, Delivery, Miscarriage, or its complication

Gangguan Kejiwaan/Gangguan Sistem Saraf  
Psychiatric or Nervous System Disorder

Penyakit Menular Lainnya  
Other Infectious Disease

Lain-lain  
Others

Penyakit/Ketidakmampuan Bawaan  
Congenital Disease/Disability

Penyakit Lain yang Dialami Pasien yang berhubungan dengan kondisi pasien saat ini :

Other diseases experienced by patients related to the patient's current condition :

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

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, who sign below is the attending physician declare that I have read and answer 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