



PT AIG Insurance Indonesia

Indonesia Stock Exchange Building Tower 2, Floor 3A

Jl. Jend. Sudirman Kav. 52-53 Jakarta 12190, Indonesia

Phone: 021 5291 4888 | Email: contact.indonesia@aig.com | Website: www.aig.co.id

BAGIAN II – INFORMASI KHUSUS PERSONAL KLAIM

SECTION II – SPECIFIC PERSONAL CLAIM INFORMATION

Bagian II ini merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Bagian I - Informasi Umum untuk Semua Klaim Personal

Section II is an integral part of Section I – General Information for all type of Personal Claim

KECELAKAAN DAN KESEHATAN / ACCIDENT AND HEALTH

<p>Pernahkah Anda mendapat pengobatan sebelumnya untuk penyakit ini?/Have you had any prior treatment due to this condition?</p> <p>Apabila “Ya” mohon dijelaskan riwayat pengobatan sebelumnya termasuk informasi Rumah Sakit/Klinik/Dokter yang memberikan perawatan / If “Yes” please state history of previous treatment including information of Hospital/Clinic/Physician who provided the treatment</p>	<p>Ya / Yes</p>	<p>Tidak / No</p>
<p>Pernahkah Anda mendapat pengobatan sebelumnya untuk penyakit lainnya? / Have you had any prior treatment for other condition?</p> <p>Apabila “Ya” mohon dijelaskan riwayat pengobatan sebelumnya termasuk informasi Rumah Sakit / Klinik/ Dokter yang memberikan perawatan / If “Yes” please state history of previous treatment including information of Hospital / Clinic/ Physician who provided the treatment</p>	<p>Ya / Yes</p>	<p>Tidak / No</p>

Selanjutnya, mohon dokter yang memberikan perawatan mengisi dan menandatangani Bagian III - Pernyataan Dokter Pemeriksa/ Please request your Physician to complete and sign Section III - Attending Physician Statement.

Diagnosa <i>Diagnosis</i>	
Apakah diagnosa disebabkan atau berhubungan dengan kondisi di bawah ini? <i>Is the diagnosis due to or associated with the following?</i>	
a. Kelainan bawaan/ <i>Congenital anatomies</i> <input type="checkbox"/> Ya / <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Tidak / <i>No</i>	b. Refraksi atau koreksi atas penglihatan <i>Refractive error or correction of eyesight</i> <input type="checkbox"/> Ya / <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Tidak / <i>No</i>
c. Kondisi keturunan/ <i>Hereditary condition</i> <input type="checkbox"/> Ya / <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Tidak / <i>No</i>	d. Bedah kosmetika atau plastik/ <i>Cosmetic or plastic surgery</i> <input type="checkbox"/> Ya / <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Tidak / <i>No</i>
e. Kehamilan, kontrasepsi, infertilitas atau sterilisasi <i>Pregnancy, contraception, infertility or sterilization</i> <input type="checkbox"/> Ya / <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Tidak / <i>No</i>	f. Pemeriksaan rutin/ <i>Routine medical check up</i> <input type="checkbox"/> Ya / <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Tidak / <i>No</i>
g. Pengaruh pemakaian obat atau alkohol <i>The influence of drug or alcohol</i> <input type="checkbox"/> Ya / <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Tidak / <i>No</i>	h. Gangguan mental atau syaraf/ <i>Mental or nervous disorder</i> <input type="checkbox"/> Ya / <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Tidak / <i>No</i>
Terapi/tindakan <i>Treatment/ Procedure</i>	Jika dilakukan operasi, jelaskan selengkapnya <i>Describe the surgical operation performed (if any)</i>
Tanggal Masuk <i>Admission date</i>	Tanggal Keluar <i>Discharges date</i>

Tanggal / *Date*

(Nama Dokter Pemeriksa/ *Name of Attending Physician*)

Tanda Tangan dan Cap Rumah Sakit/
Signature and Stamp