



PT AIG Insurance Indonesia

Indonesia Stock Exchange Building Tower 2, Floor 3A

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

AIG @Your Service 0800 124 8888 (toll free number) contact.indonesia@aig.com 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 form as an integral part of Section I – General Information for all type of Personal Claim

#### KECELAKAAN DAN MEDIS / ACCIDENT AND HEALTH

Pernahkah Anda mendapat pengobatan sebelumnya untuk penyakit ini?/Have you had any prior treatment due to this condition?

Ya / Yes

Tidak / No

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

Pernahkah Anda mendapat pengobatan sebelumnya untuk penyakit lainnya? / Have you had any prior treatment for other condition?

Ya / Yes

Tidak / No

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

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.

Bagian III ini merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Bagian I - Informasi Umum untuk Semua Klaim Personal dan Bagian II – Informasi Khusus Personal Klaim /Section III is form as an integral part of Section I – General Information for all type of Personal Claim and Section II Special Information for All Type of Personal Claim.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                       |                                          |                                      |                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Informasi Pasien/ <i>Patient Information</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Nama/ <i>Name:</i><br><br>Tanggal Lahir / <i>Date of Birth:</i> _____ Jenis Kelamin/ <i>Sex :</i> _____<br><br>Nomor Rekam Medis/ <i>Medical Record Number:</i> _____ |                                          |                                      |                                                 |
| Informasi Penyakit Pasien/ <i>Patient Medical Information</i><br><br>Mohon dilengkapi informasi waktu, gejala penyakit, apakah pasien pernah mendapat pengobatan untuk penyakit yang sama, komplikasi dari penyakit saat ini<br><br><i>Please state time, symptoms and information if patient have ever received previous treatment for the same medical condition and or its complications.</i> |                                                                                                                                                                       |                                          |                                      |                                                 |
| Informasi pengobatan atas penyakit lain yang dialami (jika ada) /<br><br><i>Information related treatment for other medical condition(s) if any.</i>                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                       |                                          |                                      |                                                 |
| Jelaskan penyakit atau penyebab lain yang mempengaruhi keadaan ini/<br><br><i>Describe any other disease of infirmity effecting present condition.</i>                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                       |                                          |                                      |                                                 |
| Pemeriksaan jasmani<br><i>On physical examination:</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Suhu badan:<br><i>Temperature:</i>                                                                                                                                    | Tekanan darah:<br><i>Blood Pressure:</i> | Detak Jantung:<br><i>Heart Rate:</i> | Tingkat pernafasan:<br><i>Respiratory Rate:</i> |
| Pemeriksaan penunjang<br><i>On supporting examination</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Data Laboratorium<br><i>Laboratory data:</i><br><br><br>ECG:<br><br><br>Echocardiography:                                                                             |                                          |                                      |                                                 |

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

Tanggal / Date

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

Tanda Tangan dan Cap Rumah Sakit/  
*Signature and Stamp*