



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 Diri dan Terkait Pengobatan / Personal Accident and Medical Related

Tanggal & waktu penyakit / cedera terjadi
Date & time the illness / injury occurred

(DD-MM-YYYY)
(HH:MM)

Tempat terjadinya penyakit / cedera terjadi:
Place where the illness / injury occurred

Mohon berikan penjelasan lengkap tentang penyakit / cedera anda. Jika cedera, mohon informasi bagaimana cedera terjadi termasuk rincian lokasi yang tepat, waktu dan masalah atau penyebab apapun yang menyebabkan insiden atau kecelakaan (misalnya, pencahayaan yang tidak berfungsi atau lantai basah):

Please provide full description of your illness / injury. If injury, please advise how it happened including precise details of the location, the time and any circumstances or causes that led to the incident or accident (eg, inoperative lighting, wet floor):

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

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

Ya / Yes

Tidak / No

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

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

Ya / Yes

Tidak / No

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> : Tanggal Lahir / <i>Date of Birth</i> : Jenis Kelamin/ <i>Sex</i> : Nomor Rekam Medis/ <i>Medical Record Number</i> :			
Informasi Penyakit Pasien/ <i>Patient Medical Information</i> . Mohon dilengkapi informasi waktu, gejala penyakit, apakah pasien pernah mendapat pengobatan untuk penyakit yang sama, komplikasi dari penyakit saat ini <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) / <i>Information related treatment for other medical condition(s) if any.</i>				
Jelaskan penyakit atau penyebab lain yang mempengaruhi keadaan ini/ <i>Describe any other disease of infirmity effecting present condition.</i>				
Pemeriksaan jasmani <i>On physical examination:</i>	Suhu badan: <i>Temperature:</i>	Tekanan darah: <i>Blood Pressure:</i>	Detak Jantung: <i>Heart Rate:</i>	Tingkat pernafasan: <i>Respiratory Rate:</i>
Pemeriksaan penunjang <i>On supporting examination</i>	Data Laboratorium <i>Laboratory data:</i> ECG <i>ECG:</i> Echocardiography <i>Echocardiography:</i>			

Diagnosa <i>Diagnosis:</i>	
Apakah pasien datang dengan perjanjian / rencana therapy lanjutan? Jika Iya, mohon penjelasan <i>Is the patient come with prior appointment / plan advanced therapy? If Yes, please describe</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> ☐ Ya Yes ☐ Tidak No	b. Refraksi atau koreksi atas penglihatan <i>Refractive error or correction of eyesight</i> ☐ Ya Yes ☐ Tidak No
c. Kondisi keturunan/ <i>Hereditary condition</i> ☐ Ya Yes ☐ Tidak No	d. Bedah kosmetika atau plastik/ <i>Cosmetic or plastic surgery</i> ☐ Ya Yes ☐ Tidak No
e. Kehamilan, kontrasepsi, infertilitas atau sterilisasi <i>Pregnancy, contraception, infertility or sterilization</i> ☐ Ya Yes ☐ Tidak No	f. Pemeriksaan rutin/ <i>Routine medical check up</i> ☐ Ya Yes ☐ Tidak No
g. Pengaruh pemakaian obat atau alcohol <i>The influence of drug or alcohol</i> ☐ Ya Yes ☐ Tidak No	h. Gangguan mental atau syaraf/ <i>Mental or nervous disorder</i> ☐ Ya Yes ☐ Tidak No
i. Apakah perawatan terkait dengan gigi / <i>Is the treatment related to dental?</i> ☐ Ya ☐ Tidak Yes No Jika ya apakah mempengaruhi gigi yang sehat dan alami, tolong jelaskan / <i>If yes is it affecting a sound and natural teeth, please describe:</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>
Kapan pasien layak untuk dapat berpergian kembali <i>When would patient be fit to travel again?</i>	

Tanggal / Date (DD-MM-YYYY)

(Nama Dokter Pemeriksa/Name of Attending Physician)

Tanda Tangan dan Cap Rumah Sakit/ Signature and stamp