



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 Diri dan Terkait Pengobatan / Personal Accident and Medical Related

<p>Tanggal & waktu penyakit / cedera terjadi <i>Date & time the illness / injury occurred</i></p> <p>(DD-MM-YYYY)</p> <p>(HH:MM)</p>	<p>Tempat terjadinya penyakit / cedera terjadi: <i>Place where the illness / injury occurred</i></p>
<p>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): <i>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):</i></p>	
<p>Pernahkah Anda mendapat pengobatan sebelumnya untuk penyakit ini? / <i>Have you had any prior treatment for this condition ?</i></p> <p>Apabila “Ya” mohon dijelaskan riwayat pengobatan sebelumnya termasuk informasi Rumah Sakit / Klinik/ Dokter yang memberikan perawatan / <i>If “Yes” please state history of previous treatment including information of Hospital / Clinic/ Physician who provided the treatment</i></p>	<p>Ya / Yes Tidak / No</p>
<p>Pernahkah Anda mendapat pengobatan sebelumnya untuk penyakit lainnya? / <i>Have you had any prior treatment for other condition ?</i></p> <p>Apabila “Ya” mohon dijelaskan riwayat pengobatan sebelumnya termasuk informasi Rumah Sakit / Klinik/ Dokter yang memberikan perawatan / <i>If “Yes” please state history of previous treatment including information of Hospital / Clinic/ Physician who provided the treatment</i></p>	<p>Ya / Yes 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>Diagnose</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 diagnose due to or associated with the following?</i>	
a. Kelainan bawaan/ <i>Congenital anatomies</i> <input type="checkbox"/> Ya Yes <input type="checkbox"/> Tidak No	b. Refraksi atau koreksi atas penglihatan <i>Refractive error or correction of eyesight</i> <input type="checkbox"/> Ya Yes <input type="checkbox"/> Tidak No
c. Kondisi keturunan/ <i>Hereditary condition</i> <input type="checkbox"/> Ya Yes <input type="checkbox"/> Tidak No	d. Bedah kosmetika atau plastik/ <i>Cosmetic or plastic surgery</i> <input type="checkbox"/> Ya Yes <input type="checkbox"/> Tidak No
e. Kehamilan, kontrasepsi, infertilitas atau sterilisasi <i>Pregnancy, contraception, infertility or sterilization</i> <input type="checkbox"/> Ya Yes <input type="checkbox"/> Tidak No	f. Pemeriksaan rutin/ <i>Routine medical check up</i> <input type="checkbox"/> Ya Yes <input type="checkbox"/> Tidak No
g. Pengaruh pemakaian obat atau alkohol <i>The influence of drug or alcohol</i> <input type="checkbox"/> Ya Yes <input type="checkbox"/> Tidak No	h. Gangguan mental atau syaraf/ <i>Mental or nervous disorder</i> <input type="checkbox"/> Ya Yes <input type="checkbox"/> Tidak No
i. Apakah perawatan terkait dengan gigi / <i>Is the treatment related to dental?</i> <input type="checkbox"/> Ya Yes <input type="checkbox"/> Tidak 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*