

**PERNYATAAN PEMEGANG POLIS /TERTANGGUNG**  
**STATEMENT OF POLICE HOLDER /INSURED**

RAHASIA/CONFIDENTIAL

**(A) Identitas ( identity)**

|  |  |   |
|--|--|---|
| Nama Pemegang Polis :<br>(Policy holder name)                        | No .Rekening / Kartu kredit dimana premi dibebankan :<br>(credit card account in which premium were charged)                                   |   |
| No.Polis/ Nama program Asuransi :<br>(Policy No /Insurance Program ) | Tanggal Lahir ( tgl /bln/thn )<br>...../...../.....<br>(date of birth (dd/mm/yy))  | Jenis Kelamin (Sex) : ( ) Laki -laki ( Male )<br>( ) Perempuan (Female) |
| Nama pasien / Tertanggung :<br>Patient's /Insured Name               | Pekerjaan Tertanggung :<br>(Insured's Occupation )   |   |
| Alamat sesuai KTP :<br>(Formal Address)                              | Alamat Korespondensi perihal klaim ini apabila alamat berbeda :<br>(Correspondence address regarding this claim if above address is different) |   |

**MOHON DIISI UNTUK KEMUDAHAN DALAM BERKOMUNIKASI ( Please complete for ease of communication )**
**(1) Tertanggung / Insured**

No Telp : Rumah ( Home ) .....  
(Phone No )

Hand Phone (Mobile) ..... Kantor (Office) .....

Email ..... Fax (Facsimile) .....

**(2) Badan Usaha/ Company**

Nama PIC : .....  
Name of PIC

No Telp : ..... Fax (Facsimile) .....

(Phone No )

Email .....

Nama RS tempat perawatan : .....  
( Name of hospital where patient receives treatment )

No.Rekam Medis: .....  
(Medical Record Number )

**(B) Keterangan Pekerjaan**

| (Details of Occupation )   | Sebelum cacat / ketidakmampuan<br>(Before disability ) | Setelah cacat /ketidakmampuan<br>(after disability ) |
|--|--|--|
| 1. Pekerjaan ( Occupation )  | 1.....   | 1.....   |
| 2. Nama Perusahaan (Company's name)  | 2.....   | 2.....   |
| 3. Daftar Tugas Pekerjaan Sehari -hari<br>(jelaskan secara terperinci )<br>(Job Description state in detail )  | 3.....   | 3.....   |
| Catatan (Notes) :<br>Jika anda tidak bekerja , jelaskan aktifitas anda sehari hari<br>sebelum dan setelah terjadinya cacat / ketidakmampuan.<br>(if you are not working , describe your daily activities<br>before and after disability occurs ) |  |  |

**(C) Keterangan tentang Cacat yang Diderita**

**(Details of Disability )**

1. Cacat yang diderita diakibatkan oleh :  
Disability is cause by :

2. Tanggal gejala penyakit timbul pertama kali /  
tanggal terjadinya kecelakaan :  
Date when the symptom appears for the first time /daye of accident .

3. Jelaskan secara terperinci gejala -gejala penyakit /luka atau  
cacat yang diderita .  
Describe in detail the symptoms of the sickness /injury or  
disability sustained

4. Tanggal anda mulai tidak masuk kerja  
Date on which you start being unable to work

5. Apakah anda sekarang ini dapat melakukan aktifitas berikut ini  
tanpa dibantu orang lain ?  
Can you now perform the following activities without assistance  
from another person ?

6. Tanggal anda mulai bekerja kembali atau tanggal anda  
diharapkan sudah bekerja kembali  
Date you resume work or are expected to resume work

7. Apakah anda pernah mengalami penyakit / kelainan sebelum ini ?  
Have you ever sustained any sickness /disorder so far ?

**(C) Jawaban :**

**(Answer)**

1 ( ) Penyakit (Sickness) ( ) Kecelakaan (Accident)

2. Tanggal /Bulan /Tahun ( Date /Month /Years) ..... /..... /.....

3. Penjelasan ( Description ) : .....

4. Tanggal /Bulan /Tahun ( Date /Month /Years) ..... /..... /.....

5. ( ) Memakai Pakaian ( Getting dressed )  
( ) Menggunakan toilet / WC ( Using toilet /WC )  
( ) Makan / Minum ( Eating /Drinking )  
( ) Jalan sendiri (walking )  
( ) Bangun dari atau masuk ke tempat tidur ( Getting Up or onto bed )  
( ) Duduk atau bangun dari posisi duduk ( Sitting up or rising from  
sitting position )

6. Tanggal /Bulan /Tahun ( Date /Month /Year ) ..... /..... /.....

7. ( ) Ya - Yes ( ) Tidak -No  
Jika " YA " Sebutkan tanggal kejadian ( If "yes" state the date  
of occurance )  
Tanggal /Bulan /Tahun ( Date /Month /Year ) ..... /..... /.....