

3. Kapan pertama kali Anda mulai merasakan gejala dan keluhan dari penyakit ini? (When did you first experience symptoms and signs of this illness?)

- - (dd/mm/yyyy)

4. Mohon jelaskan gejala dan keluhan yang Anda rasakan secara terperinci: (Please describe a detailed explanation of your symptoms and signs:)

5. Kapan pertama kali Anda berkonsultasi dengan Dokter sehubungan gejala dan keluhan tersebut? (When did you first consult a doctor regarding these symptoms and signs?)

- - (dd/mm/yyyy)

6. Mohon jelaskan secara detail dan lampirkan hasil pemeriksaan (laboratorium/rontgen/dll) Anda sehubungan dengan penyakit ini: (Please provide a detailed explanation and attach your test results (laboratory, X-ray, etc.) related to this illness:)

7. Apakah sebelumnya Anda pernah menderita atau mendapat perawatan untuk penyakit yang sama? (Have you previously suffered from or received treatment for the same illness?)

☐ Ya (Yes) ☐ Tidak (No) Jika YA, sejak kapan (If the answer is 'yes' since when) _____

8. Mohon tuliskan nama dan alamat seluruh dokter umum/spesialis yang pernah Anda kunjungi, beserta tanggal konsultasi dan diagnosisnya: (Please provide the names and addresses of all general practitioners/specialist you've seen, including the consultation dates and diagnoses:)

a) _____
b) _____
c) _____

9. Polis dari Perusahaan asuransi lain yang Anda miliki: (Please list all insurance policies you hold with other insurance companies:)

a) Nama Asuransi dan Nomor Polis : _____ /
(Insurance Name and Policy No.)

b) Nama Asuransi dan Nomor Polis : _____ /
(Insurance Name and Policy No.)

Pengajuan klaim ini harus dilengkapi dengan Surat Keterangan Dokter dan Surat Kuasa Pemberian Rekam Medis
(This claim submission must be accompanied by a Physician's statement and a signed Medical Records Release Authorization):

PERNYATAAN DAN JAMINAN (REPRESENTATIONS AND WARRANTIES)

Saya/Kami menyatakan dan menjamin bahwa (I/We represent and warrant that):

1. Saya/Kami telah membaca, mengerti, dan menjawab pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap, akurat, dan benar sesuai keadaan yang sebenarnya. Tidak ada hal-hal lain yang telah Saya/Kami ketahui namun Saya/Kami sembunyikan dan/atau tidak Saya/Kami informasikan kepada PT Equity Life Indonesia. Akibat hukum dan/atau kerugian yang timbul karena ditandatanganinya Formulir ini dalam keadaan kosong atau belum terisi lengkap menjadi tanggung jawab Saya/Kami.

(I/We have read, understood, answered, and completed the questions and information mentioned above correctly, completely, and in accordance with the actual situation. There are no other matters or information that I/we am/are aware of that have been concealed or not disclosed to PT Equity Life Indonesia. Any legal consequences and/or damages arising from the signing of this form in a blank or incomplete state shall be my/our responsibility).

2. Apabila ada keterangan/informasi yang menyesatkan atau tidak benar, maka Saya/Kami bertanggung jawab secara hukum sesuai ketentuan yang berlaku dan akan tunduk pada syarat dan ketentuan yang ditetapkan dalam Polis.

(Should there be any misleading or incorrect information, I/we will be held legally responsible in accordance with applicable laws and will be subject to the terms and conditions outlined in the policy).

3. Saya telah mendapatkan persetujuan dari Tertanggung, Termaslahat, dan pihak-pihak lainnya yang data pribadinya diperlukan sesuai dengan Formulir ini, untuk membagikan data pribadi tersebut untuk dikumpulkan dan diproses oleh PT Equity Life Indonesia.

(I have obtained approval from the Insured, Beneficiary, and other parties whose personal data is required according to this form, to share their personal data so it can be collected and processed by PT Equity Life Indonesia).

4. PT Equity Life Indonesia dapat menggunakan, mengungkapkan dan/atau menyediakan data/informasi Saya/Kami yang diperoleh dan dikumpulkan kepada pihak yang berkepentingan (termasuk namun tidak terbatas pada perusahaan reasuransi, penyidik klaim, bank/lembaga keuangan, asosiasi industri dan badan hukum lain untuk tujuan: (i) proses klaim, (ii) proses lainnya yang terkait dengan polis Saya/Kami, termasuk untuk penawaran produk asuransi, (iii) untuk pencegahan aktivitas pencucian uang, suap dan teroris, (iv) untuk tujuan lain sebagaimana yang diperkenankan oleh pedoman dan kode etik, hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

(PT Equity Life Indonesia may use, disclose, and/or provide the data/information obtained and collected to authorized parties (including but not limited to reinsurance companies, claims investigators, banks/financial institutions, industry associations, and other legal entities) for the purposes of: (i) claims processing, (ii) other processes related to my/our policy, including insurance product offerings, (iii) prevention of money laundering, bribery, and terrorism, (iv) other purposes permitted by applicable guidelines, codes of ethics, laws, and regulations).

5. Saya telah membaca dan memahami kebijakan privasi PT Equity Life Indonesia yang dapat diakses pada <https://www.equity.co.id/kebijakan-privasi> dan dapat diperbaharui dari waktu ke waktu.

(I have read and understood PT Equity Life Indonesia's privacy policy, which can be accessed at: <https://www.equity.co.id/kebijakan-privasi> and is subject to updates from time to time).

Nama jelas Pemegang Polis/Tertanggung : _____
(Full name of policy holder/insured person)

Tempat dan Tanggal : _____, - - *(dd/mm/yyyy)*
(Place and date)

(_____)

Tanda Tangan
(Signature)

B. SURAT KETERANGAN DOKTER (PHYSICIAN'S STATEMENT)

(Diisi oleh Dokter yang merawat) (To be completed by the attending physician)

Data Pasien (Patient's Information)

1. **Nama Pasien** : _____
(Patient's Name)
2. **Tanggal Lahir** : - - (dd/mm/yyyy)
(Date of Birth)
3. **Nomor Rekam Medis** :
(Medical Record Number)
4. **Jenis Kelamin** : ☐ **Laki-laki** (Male) ☐ **Perempuan** (Female)
(Sex)
5. **Alamat** : _____
(Address)
6. **Tanggal Perawatan** : - - (dd/mm/yyyy) - - - (dd/mm/yyyy)
(Date of Hospitalization)

Informasi Medis (Medical Information)

1. **Gejala dan keluhan yang timbul:** (Main symptoms and signs:)

2. **Tanggal gejala/keluhan pertama kali diketahui pasien:** (Date when the patient first noticed symptoms and signs:)
 - - (dd/mm/yyyy)
3. **Tanggal pertama kali konsultasi:** (Date of first consultation:)
 - - (dd/mm/yyyy)
4. **Nama dan alamat Dokter yang merujuk:** (Name and address of the referring Doctor:)

5. **Mohon penjelasan diagnosis yang ditegakkan, termasuk lokasi organ dan stadiumnya?** (Please provide details of the diagnosis, including the affected organ and its staging?)

6. **Tanggal diagnosis ditegakkan:** (Date the diagnosis was established:)
 - - (dd/mm/yyyy)
7. **Pemeriksaan penunjang yang dilakukan beserta hasilnya:** (All diagnostic tests carried out and their results:)

8. **Penyebab diagnosis:** (Cause of diagnosis:)

9. **Terapi atau tindakan pembedahan:** (Therapy or surgical procedures:)

10. Apakah penyakit/kondisi di atas disebabkan atau berhubungan dengan: (Is the above illness/condition caused by or related to any of the following:)

- ☐ **Kelainan Bawaan dan Herediter** (*Congenital and Hereditary disorders*)
 - ☐ **Kelainan Mental** (*Mental disorders*)
 - ☐ **Pengaruh obat-obatan terlarang atau alkohol** (*Drug or alcohol abuse*)
 - ☐ **Bunuh diri atau melukai diri sendiri** (*Suicide or self-inflicted injury*)
 - ☐ **HIV/AIDS/Penyakit Kelamin** (*HIV/AIDS/Sexually Transmitted Diseases*)
 - ☐ **Gangguan Kehamilan, Melahirkan dan Komplikasi** (*Maternity, pregnancy and childbirth complications*)
 - ☐ **Kecelakaan** (*Accident*)
 - ☐ **Lainnya, mohon penjelasannya** (*Others, please explain*)

Jika YA, mohon penjelasannya (*If YES, please explain*) _____

12. Mohon penjelasan perkiraan waktu yang dibutuhkan untuk penyembuhan: *(Please describe estimated time for recovery:)*

13. Bagaimana prognosis pasien ini? (*What is the prognosis for this patient?*)

14. Apakah pasien membutuhkan alat bantu? (Does the patient need medical or life support equipment?)
Jika YA, mohon penjelasannya (If YES, please explain):

PERNYATAAN DOKTER (DOCTOR'S STATEMENT)

Saya sebagai dokter yang merawat pasien tersebut di atas, menyatakan bahwa Saya telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar sesuai pengetahuan yang Saya miliki dan yakini.
(I, as the attending physician treating the patient, hereby declare that I have read and answered all of the above question completely and correctly to the best of my knowledge and belief.)

Nama Dokter : _____
(Name of Doctor)

Alamat Dokter/Rumah Sakit : _____
(Address of Doctor/Hospital)

[illegible]

Tempat dan Tanggal
(Place and date) : _____,

 -

 -

 (dd/mm/yyyy)

(_____)
Tanda tangan Dokter
(Signature of Doctor)

(_____)
Nama dan stempel Rumah Sakit
(Hospital name and stamp)