



CRITICAL ILLNESS CLAIM FORM (To be filled out by Attending Physician)
FORMULIR KLAIM SANTUNAN PENYAKIT KRITIS (Diisi oleh Dokter yang merawat)

B

Nama Tertanggung <i>(Name of Insured)</i> Tanggal lahir / usia <i>(Date of birth / age)</i>	<input type="checkbox"/> Laki-laki <i>(Male)</i> <input type="checkbox"/> Wanita <i>(Female)</i> <div style="text-align: center;"> / / / tanggal (dd) bulan (mm) tahun (yy) tahun (years) </div>		
Nomor rekam medis <i>(Medical report number)</i>			
Klaim yang diajukan untuk penyakit di bawah ini <i>(The claim is being filed for the following illness)</i> (Mohon memberikan tanda (v) pada kolom yang sesuai dengan kondisi penyakit kritis dan mengisi dengan lengkap pertanyaan sesuai dengan nomornya) <i>(Please tick (v) as appropriate.....)</i>			
<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:50%; border: none; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 1. KANKER <i>(CANCER)</i> <input type="checkbox"/> 2. SERANGAN JANTUNG <i>(HEART ATTACK)</i> <input type="checkbox"/> 3. TRANSPLANTASI ORGAN UTAMA <i>(MAJOR ORGAN TRANSPLANTATION)</i> <input type="checkbox"/> 4. PARALISIS/PARALEGIA <i>(PARALYSIS/PARALEGIA)</i> <input type="checkbox"/> 5. STROKE <i>(STROKE)</i> <input type="checkbox"/> 6. TUMOR JINAK OTAK <i>(BENIGN BRAIN TUMOR)</i> <input type="checkbox"/> 7. KEBUTAAAN TOTAL / KEHILANGAN PENGLIHATAN <i>(BLINDNESS/LOSS OF SIGHT)</i> <input type="checkbox"/> 8. PENYAKIT HATI KRONIK <i>(CHRONIC LIVER DISEASE)</i> <input type="checkbox"/> 9. PENYAKIT PARU KRONIK <i>(CHRONIC LUNG DISEASE)</i> <input type="checkbox"/> 10. Angioplasty/Coronary Artery By-pass Surgery <i>(Angioplasty/Coronary Artery By-pass Surgery)</i> <input type="checkbox"/> 11. KOMA <i>(COMA)</i> <input type="checkbox"/> 12. TULI / KEHILANGAN PENDENGARAN <i>(DEAFNESS/HEARING LOSS)</i> <input type="checkbox"/> 13. OPERASI KATUP JANTUNG <i>(HEART VALVE SURGERY)</i> <input type="checkbox"/> 14. GAGAL GINJAL <i>(KIDNEY FAILURE)</i> <input type="checkbox"/> 15. LUKA BAKAR <i>(BURN INJURY)</i> <input type="checkbox"/> 16. CIDERA/TRAUMA KEPALA <i>(HEAD INJURY/TRAUMA)</i> <input type="checkbox"/> 17. PENYAKIT PARKINSON <i>(PARKINSON'S DISEASE)</i> </td> <td style="width:50%; border: none; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 18. HIPERTENSI ARTERI PULMONAL <i>(PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION)</i> <input type="checkbox"/> 19. OPERASI AORTA <i>(AORTA SURGERY)</i> <input type="checkbox"/> 20. LUPUS ERITEMATOSUS SISTEMIK <i>(SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS)</i> <input type="checkbox"/> 21. PENYAKIT ALZHEIMER <i>(ALZHEIMER'S DISEASE)</i> <input type="checkbox"/> 22. ANEMIA APLASTIK <i>(APLASTIC ANAEMIA)</i> <input type="checkbox"/> 23. MENINGITIS BAKTERI <i>(BACTERIAL MENINGITIS)</i> <input type="checkbox"/> 24. HEPATITIS VIRUS FULMINAN <i>(FULMINANT HEPATITIS)</i> <input type="checkbox"/> 25. HIV DIAKIBATKAN TRANSFUSI DARAH <i>(HIV Due To Blood Transfusion)</i> <input type="checkbox"/> 26. KEHILANGAN ANGGOTA GERAK <i>(LOSS OF LIMBS)</i> <input type="checkbox"/> 27. KEHILANGAN KEMAMPUAN BERBICARA <i>(LOSS OF SPEECH)</i> <input type="checkbox"/> 28. PENYAKIT MOTOR NEURON <i>(MOTOR NEURONE DISEASE)</i> <input type="checkbox"/> 29. SKLEROSIS MULTIPLE <i>(SKLEROSIS MULTIPLE)</i> <input type="checkbox"/> 30. DISTROFI MUSKULAR <i>(MUSCULAR DYSTROPHY)</i> <input type="checkbox"/> 31. POLIOMIELITIS <i>(POLIOMYELITIS)</i> <input type="checkbox"/> 32. ENSEFALITIS <i>(ENCEPHALITIS)</i> <input type="checkbox"/> 33. ANGIOPLASTI <i>(ANGIOPLASTY)</i> </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> 1. KANKER <i>(CANCER)</i> <input type="checkbox"/> 2. SERANGAN JANTUNG <i>(HEART ATTACK)</i> <input type="checkbox"/> 3. TRANSPLANTASI ORGAN UTAMA <i>(MAJOR ORGAN TRANSPLANTATION)</i> <input type="checkbox"/> 4. PARALISIS/PARALEGIA <i>(PARALYSIS/PARALEGIA)</i> <input type="checkbox"/> 5. STROKE <i>(STROKE)</i> <input type="checkbox"/> 6. TUMOR JINAK OTAK <i>(BENIGN BRAIN TUMOR)</i> <input type="checkbox"/> 7. KEBUTAAAN TOTAL / KEHILANGAN PENGLIHATAN <i>(BLINDNESS/LOSS OF SIGHT)</i> <input type="checkbox"/> 8. PENYAKIT HATI KRONIK <i>(CHRONIC LIVER DISEASE)</i> <input type="checkbox"/> 9. PENYAKIT PARU KRONIK <i>(CHRONIC LUNG DISEASE)</i> <input type="checkbox"/> 10. Angioplasty/Coronary Artery By-pass Surgery <i>(Angioplasty/Coronary Artery By-pass Surgery)</i> <input type="checkbox"/> 11. KOMA <i>(COMA)</i> <input type="checkbox"/> 12. TULI / KEHILANGAN PENDENGARAN <i>(DEAFNESS/HEARING LOSS)</i> <input type="checkbox"/> 13. OPERASI KATUP JANTUNG <i>(HEART VALVE SURGERY)</i> <input type="checkbox"/> 14. GAGAL GINJAL <i>(KIDNEY FAILURE)</i> <input type="checkbox"/> 15. LUKA BAKAR <i>(BURN INJURY)</i> <input type="checkbox"/> 16. CIDERA/TRAUMA KEPALA <i>(HEAD INJURY/TRAUMA)</i> <input type="checkbox"/> 17. PENYAKIT PARKINSON <i>(PARKINSON'S DISEASE)</i>	<input type="checkbox"/> 18. HIPERTENSI ARTERI PULMONAL <i>(PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION)</i> <input type="checkbox"/> 19. OPERASI AORTA <i>(AORTA SURGERY)</i> <input type="checkbox"/> 20. LUPUS ERITEMATOSUS SISTEMIK <i>(SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS)</i> <input type="checkbox"/> 21. PENYAKIT ALZHEIMER <i>(ALZHEIMER'S DISEASE)</i> <input type="checkbox"/> 22. ANEMIA APLASTIK <i>(APLASTIC ANAEMIA)</i> <input type="checkbox"/> 23. MENINGITIS BAKTERI <i>(BACTERIAL MENINGITIS)</i> <input type="checkbox"/> 24. HEPATITIS VIRUS FULMINAN <i>(FULMINANT HEPATITIS)</i> <input type="checkbox"/> 25. HIV DIAKIBATKAN TRANSFUSI DARAH <i>(HIV Due To Blood Transfusion)</i> <input type="checkbox"/> 26. KEHILANGAN ANGGOTA GERAK <i>(LOSS OF LIMBS)</i> <input type="checkbox"/> 27. KEHILANGAN KEMAMPUAN BERBICARA <i>(LOSS OF SPEECH)</i> <input type="checkbox"/> 28. PENYAKIT MOTOR NEURON <i>(MOTOR NEURONE DISEASE)</i> <input type="checkbox"/> 29. SKLEROSIS MULTIPLE <i>(SKLEROSIS MULTIPLE)</i> <input type="checkbox"/> 30. DISTROFI MUSKULAR <i>(MUSCULAR DYSTROPHY)</i> <input type="checkbox"/> 31. POLIOMIELITIS <i>(POLIOMYELITIS)</i> <input type="checkbox"/> 32. ENSEFALITIS <i>(ENCEPHALITIS)</i> <input type="checkbox"/> 33. ANGIOPLASTI <i>(ANGIOPLASTY)</i>
<input type="checkbox"/> 1. KANKER <i>(CANCER)</i> <input type="checkbox"/> 2. SERANGAN JANTUNG <i>(HEART ATTACK)</i> <input type="checkbox"/> 3. TRANSPLANTASI ORGAN UTAMA <i>(MAJOR ORGAN TRANSPLANTATION)</i> <input type="checkbox"/> 4. PARALISIS/PARALEGIA <i>(PARALYSIS/PARALEGIA)</i> <input type="checkbox"/> 5. STROKE <i>(STROKE)</i> <input type="checkbox"/> 6. TUMOR JINAK OTAK <i>(BENIGN BRAIN TUMOR)</i> <input type="checkbox"/> 7. KEBUTAAAN TOTAL / KEHILANGAN PENGLIHATAN <i>(BLINDNESS/LOSS OF SIGHT)</i> <input type="checkbox"/> 8. PENYAKIT HATI KRONIK <i>(CHRONIC LIVER DISEASE)</i> <input type="checkbox"/> 9. PENYAKIT PARU KRONIK <i>(CHRONIC LUNG DISEASE)</i> <input type="checkbox"/> 10. Angioplasty/Coronary Artery By-pass Surgery <i>(Angioplasty/Coronary Artery By-pass Surgery)</i> <input type="checkbox"/> 11. KOMA <i>(COMA)</i> <input type="checkbox"/> 12. TULI / KEHILANGAN PENDENGARAN <i>(DEAFNESS/HEARING LOSS)</i> <input type="checkbox"/> 13. OPERASI KATUP JANTUNG <i>(HEART VALVE SURGERY)</i> <input type="checkbox"/> 14. GAGAL GINJAL <i>(KIDNEY FAILURE)</i> <input type="checkbox"/> 15. LUKA BAKAR <i>(BURN INJURY)</i> <input type="checkbox"/> 16. CIDERA/TRAUMA KEPALA <i>(HEAD INJURY/TRAUMA)</i> <input type="checkbox"/> 17. PENYAKIT PARKINSON <i>(PARKINSON'S DISEASE)</i>	<input type="checkbox"/> 18. HIPERTENSI ARTERI PULMONAL <i>(PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION)</i> <input type="checkbox"/> 19. OPERASI AORTA <i>(AORTA SURGERY)</i> <input type="checkbox"/> 20. LUPUS ERITEMATOSUS SISTEMIK <i>(SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS)</i> <input type="checkbox"/> 21. PENYAKIT ALZHEIMER <i>(ALZHEIMER'S DISEASE)</i> <input type="checkbox"/> 22. ANEMIA APLASTIK <i>(APLASTIC ANAEMIA)</i> <input type="checkbox"/> 23. MENINGITIS BAKTERI <i>(BACTERIAL MENINGITIS)</i> <input type="checkbox"/> 24. HEPATITIS VIRUS FULMINAN <i>(FULMINANT HEPATITIS)</i> <input type="checkbox"/> 25. HIV DIAKIBATKAN TRANSFUSI DARAH <i>(HIV Due To Blood Transfusion)</i> <input type="checkbox"/> 26. KEHILANGAN ANGGOTA GERAK <i>(LOSS OF LIMBS)</i> <input type="checkbox"/> 27. KEHILANGAN KEMAMPUAN BERBICARA <i>(LOSS OF SPEECH)</i> <input type="checkbox"/> 28. PENYAKIT MOTOR NEURON <i>(MOTOR NEURONE DISEASE)</i> <input type="checkbox"/> 29. SKLEROSIS MULTIPLE <i>(SKLEROSIS MULTIPLE)</i> <input type="checkbox"/> 30. DISTROFI MUSKULAR <i>(MUSCULAR DYSTROPHY)</i> <input type="checkbox"/> 31. POLIOMIELITIS <i>(POLIOMYELITIS)</i> <input type="checkbox"/> 32. ENSEFALITIS <i>(ENCEPHALITIS)</i> <input type="checkbox"/> 33. ANGIOPLASTI <i>(ANGIOPLASTY)</i>		
INFORMASI UMUM / GENERAL INFORMATION			
a. Apakah anda adalah Dokter yang merawat ? <i>(Are you the Insured's attending physician ?)</i>			
<div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> Ya (Yes) <input type="checkbox"/> Tidak (No) </div>			
b. Sejak kapan pertama kali Tertanggung konsultasi untuk penyakit ini ? <i>(On which date the Insured first consulted you for the illness)</i>			
<div style="text-align: right;"> / / tanggal (dd) bulan (mm) tahun (yy) </div>			
c. Apakah gejala/keluhannya ? <i>(What were the Insured's chief symptoms/complaints ?)</i>			
----- ----- -----			
d. Sejak kapan Tertanggung menderita gejala/keluhan tersebut? Mohon dijelaskan <i>(On which date the Insured suffered form these symptoms?</i> <i>Please describe)</i>			
<div style="text-align: right;"> / / tanggal (dd) bulan (mm) tahun (yy) </div>			
----- ----- -----			
e. Apakah Diagnosa Penyakitnya ? <i>(What is the diagnosis of illness?)</i>			
----- ----- -----			
f. Kapan Diagnosa Penyakit tersebut ditegakkan ? <i>(When was the diagnosis established ?)</i>			
<div style="text-align: right;"> / / tanggal (dd) bulan (mm) tahun (yy) </div>			
----- ----- -----			
g. Apakah sebelumnya pernah menderita penyakit atau yang berhubungan dengan penyakit yang sekarang diderita ? Bila Ya, mohon memberikan kronologis beserta tanggal kejadiannya <i>(Has the Insured previously suffered from the same or similar illness or any related condition ?)</i> <i>(If Yes, please give chronology and dates)</i>			
----- ----- -----			

Bagian 1. KANKER / Section 1. CANCER

a. Mohon penjelasan penyakit secara lengkap.

(Please give complete explanation of the illness.)

i. Apakah Diagnosa Penyakitnya ?

(What is the diagnosis of illness?)

ii. Berapakah stadiumnya ?

(What is the staging of the Tumor?)

iii. Apakah ada penyebaran ke jaringan sekitarnya ?

Ya (Yes) Tidak (No)

(Is there any spreading into surrounding tissue ?)

Bila YA, jelaskan / (If Yes, describe)

iv. Apakah hasil pemeriksaan histopatologisnya ?

(What was the histopathological report ?)

v. Apakah termasuk Ca in-situ : payudara, rahim, indung telur, tuba falopi, vulva, vagina, cervix uteri, usus besar, rectum, penis, testis, paru-paru, hati, lambung atau nasofaring ?

Ya (Yes) Tidak (No)

(Is it a carcinoma in situ : Breasts, Womb, Ovaries, Fallopian tube, Vulva, Vagina, Cervix Uteri, Large intestine, Rectum, Penis, Testes, Lungs, Liver, Stomach or Nasopharyngeal ?)

vi. Apakah termasuk CIN (Cervical Intraepithelial Neoplasia) I, II, III ?

Ya (Yes) Tidak (No)

(Is it including CIN (Cervical Intraepithelial Neoplasia) I, II, III ?)

vii. Apakah Diagnosa tersebut timbul akibat infeksi HIV?

Ya (Yes) Tidak (No)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

(Please attach all of examination reports)

b. Diisi **HANYA** jika Diagnosa adalah Kanker pada Kulit, Prostat, Tiroid, Kandung Kemih atau Leukemia Limfositik Kronis
(To be completed if ONLY the diagnosis is Skin cancer, Prostate cancer, Thyroid cancer, Bladder cancer or Chronic Lymphocytic Leukemia)

i. Untuk semua Kanker Kulit, termasuk Melanoma Malignant, apakah lesinya kurang dari 1.5 mm ketebalan Breslow atau kurang dari stadium 3 skala Clark ?

Ya (Yes) Tidak (No)

(For all type of skin cancer, including Malignant Melanoma, is the lesion less than 1,5mm Breslow thickness or less than Clark level 3 ?)

ii. Untuk Kanker Prostat, Tiroid dan Kandung Kemih, apakah secara histologis tumor diklasifikasikan T₁N₀M₀ (Klasifikasi TNM) ?

Ya (Yes) Tidak (No)

(For Prostate cancer, Thyroid and Bladder, is the tumor histological classified as T₁N₀M₀ (TMN Classification) ?)

iii. Untuk Leukemia Limfositik Kronis, apakah diklasifikasikan kurang dari stadium 3 RAI ?

Ya (Yes) Tidak (No)

(For Chronis Lymphocytic Leukemia, is the disease classified as lesser than RAI stage 3 ?)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

(Please attach all of examination reports)

Bagian 2. SERANGAN JANTUNG / Section 2. HEART ATTACK

a. Apakah Diagnosa Penyakitnya ?

(What is the diagnosis of illness?)

b. Apakah didukung oleh kriteria sebagai berikut :

(Is the diagnosis supported by the following criteria) :

o Riwayat nyeri dada yang khas & berkepanjangan

Ya (Yes) Tidak (No)

(History of typical and prolonged chest pain)

o Perubahan EKG yang mengindikasikan adanya MCI yang baru terjadi

Ya (Yes) Tidak (No)

(ECG changes that indicate a new MCI occurs)

o Adanya peningkatan kadar enzim jantung (CK-MB/Troponin T atau I)

Ya (Yes) Tidak (No)

(The existence of elevated levels of cardiac enzyme (CK-MB/Troponin T or I))

o Adanya gelombang Q persisten pada gambaran EKG

Ya (Yes) Tidak (No)

(The existence of persistent Q wave on ECG)

o Fraksi Ejeksi menetap kurang dari 30% dalam waktu 30 hari setelah serangan (dari hasil Echo) & gangguan fisik menetap minimal kelas 4 NYHA (**lihat catatan ***)?

Ya (Yes) Tidak (No)

(An ejection fraction less than 30% settled within 30 days after heart attack)(Echo report) & permanent physical limitation at least Class IV NYHA (**see app. ***)?)

c. Apakah telah menjalani pemasangan alat pacu jantung permanen ?

Ya (Yes) Tidak (No)

(Has the Insured undergone permanent Pacemaker implant ?)

d. Apakah telah menjalani Pericardiectomy ?

Ya (Yes) Tidak (No)

(Has the insured undergone Pericardiectomy procedure ?)

e. Apakah memenuhi kriteria Kardiomiopati yang mengakibatkan gangguan fisik menetap minimal kelas 3 NYHA (**lihat catatan ***)?

Ya (Yes) Tidak (No)

(Was it meet the Criteria of Cardiomyopathy that resulted in permanent physical limitation of at least Class III NYHA (**see app. ***)?)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

(Please attach all of examination reports)

Bagian 3. TRANSPLANTASI ORGAN UTAMA / Section 3. MAJOR ORGAN TRANSPLANTATION

a. Apakah Diagnosa Penyakitnya ?
(What is the diagnosis of illness) ?

b. Apakah sebagai penerima transplantasi setidaknya 1 meter usus halus ?
(Was the Insured a recipient of at least 1 M small intestine) ? Ya (Yes) Tidak (No)

c. Apakah sebagai penerima transplantasi jantung & paru sekaligus ?
(Was the Insured a recipient of heart and lung at once) ? Ya (Yes) Tidak (No)

d. Apakah sebagai penerima transplantasi sumsum tulang manusia ?
(Was the Insured a recipient of human bone marrow) ? Ya (Yes) Tidak (No)

e. Apakah sebagai penerima transplantasi : jantung / paru / hati / ginjal / pankreas ?
(Was the Insured a recipient of : heart / lung / liver / kidney / pancreas) ? Ya (Yes) Tidak (No)

f. Apakah sebagai penerima transplantasi dari stem cell lain / organ lain ?
(Was the Insured a recipient of other stem cell / organ) ? Ya (Yes) Tidak (No)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(Please attach all of examination reports)

Bagian 4. PARALISIS/PARAPLEGIA / Section 4. PARALYSIS/PARAPLEGIA

a. Apakah Diagnosa Penyakitnya ?
(What is the diagnosis of illness) ?

b. Apakah terjadi kehilangan fungsi dari salah 1 anggota gerak secara menyeluruh dan menetap yang berlangsung selama minimal 6 bulan dari sejak terjadinya penyakit/cidera ?
(Is there any total and permanent loss of one limb function which taken minimum 6 months from the onset of the disease/injury) ? Ya (Yes) Tidak (No)

c. Apakah terjadi kehilangan fungsi dari ke-2 lengan / tungkai atau 1 lengan & 1 tungkai secara menyeluruh dan menetap yang berlangsung selama minimal 6 bulan dari sejak terjadinya penyakit/cidera ?
(Are there any total and permanent loss of two arms/legs or one arm function which taken minimum 6 months from the onset of disease/injury) ? Ya (Yes) Tidak (No)

d. Apakah terjadi kehilangan fungsi dari ke-4 anggota gerak secara menyeluruh dan menetap yang berlangsung selama minimal 6 bulan dari sejak terjadinya penyakit/cidera ?
(Are there any total and permanent loss of four limbs function which taken minimum 6 months from the onset of disease/injury) ? Ya (Yes) Tidak (No)

e. Apakah penyakit ini diakibatkan oleh tindakan mencelakai diri sendiri ?
(Was the illness caused by self-inflicted injury) ? Ya (Yes) Tidak (No)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(Please attach all of examination reports)

Bagian 5. STROKE / Section 5. STROKE

a. Apakah Diagnosa Penyakitnya ?
(What is the diagnosis of illness?)

b. Apakah menimbulkan gejala sisa menetap, sedikitnya 45 hari setelah kejadian ?
(Are these sequelae permanent, lasted at least 45 days after the events ?) Ya (Yes) Tidak (No)

c. Apakah menimbulkan defisit neurologis iskemik yang sementara ?
(Are there any temporary ischemic neurological deficits ?) Ya (Yes) Tidak (No)

d. Apakah termasuk Transient Ischaemic Attack (TIA) ?
(Is this a Transient Ischemic Attack (TIA) ?) Ya (Yes) Tidak (No)

e. Apakah termasuk Iskemik Vertebrobasilar / akibat migrain ?
(Is this a Vertebrobasilar ischemia / due to migraine ?) Ya (Yes) Tidak (No)

f. Apakah termasuk cidera pada Cerebral yang disebabkan trauma/hipoksia & penyakit pembuluh darah yang berakibat pada mata/saraf mata/vestibular ?
(Was this a Cerebral injury that caused by trauma/hypoxia & a vascular disease that affects the eye/optic nerve/vestibular system ?) Ya (Yes) Tidak (No)

g. Apakah telah menjalani bedah perbaikan Aneurisma intrakranial / pengangkatan malformasi arterioven
(Has the Insured undergone a surgical repair of intracranial aneurysm / arteriovenous malformation removal ?) Ya (Yes) Tidak (No)

h. Apakah telah menjalani bedah pemasangan shunt pada ventrikel otak untuk menurunkan tekanan cairan serebrospinal?
(Has the Insured undergone a surgical of shunt implant into brain ventricle to lowering the pressure of cerebrospinal fluid ?) Ya (Yes) Tidak (No)

i. Apakah Diagnosa tersebut di atas mengakibatkan ketidakmampuan untuk melakukan 2 atau lebih kegiatan sehari hari (lihat catatan **)
(Is the diagnosis above resulting in inability to perform two or more daily activity ?) (See app. **) Ya (Yes) Tidak (No)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(Please attach all of examination reports)

Bagian 6. TUMOR JINAK OTAK / Section 6. BENIGN BRAIN TUMOR

a. Apakah Diagnosa Penyakitnya ?
(What is the diagnosis of illness ?)

b. Apakah telah menjalani pengangkatan tumor Pituitari ? Ya (Yes) Tidak (No)
(Has the patient undergone Pituitary gland tumor removal ?)

c. Apakah termasuk tumor di otak/selaput otak yang mengancam jiwa sehingga menimbulkan tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial ? Ya (Yes) Tidak (No)
(Is it a life threatening brain/brain membrane tumor so that cause signs of increasing cerebrospinal fluid ?)

d. Apakah termasuk : Kista / granuloma / malformasi di dalam pembuluh darah otak / hematoma / tumor Pituitari / tumor saraf akustik ? Ya (Yes) Tidak (No)
(Is it include : cyst / granuloma / cerebrovascular malformation / hematoma / Pituitary tumor / acoustic nerve tumor ?)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(Please attach all of examination reports)

Bagian 7. KEBUTAAN / Section 7. BLINDNESS / Loss of Sight

a. Apakah Diagnosa Penyakitnya ?
(What is the diagnosis of illness ?)

b. Apakah terjadi kehilangan fungsi penglihatan 1 mata secara total & menetap akibat penyakit ? Ya (Yes) Tidak (No)
(Is the illness resulting in total and permanent sight loss of one eye ?)

c. Apakah terjadi kehilangan fungsi penglihatan 2 mata secara total & menetap akibat penyakit ? Ya (Yes) Tidak (No)
(Is the illness resulting in total and permanent sight loss of two eyes ?)

d. Apakah penyakit ini diakibatkan oleh penggunaan alkohol / penyalahgunaan obat ? Ya (Yes) Tidak (No)
(Was the illness secondary to alcohol / drug abuse ?)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(Please attach all of examination reports)

Bagian 8. PENYAKIT HATI KRONIK / Section 8. CHRONIC LIVER DISEASE

a. Apakah Diagnosa Penyakitnya ?
(What is the diagnosis of illness?)

b. Apakah dilakukan Hepatectomy setidaknya 1 lobus hati ? Ya (Yes) Tidak (No)
(Has Hepatectomy at least one lobe of liver been performed ?)

c. Apakah termasuk Gagal Hati stadium akhir ? Ya (Yes) Tidak (No)
(Is it an end stage of liver failure ?)

d. Apakah ada Ikterus yang menetap ? Ya (Yes) Tidak (No)
(Was there permanent jaundice ?)

e. Apakah ada Ascites ? Ya (Yes) Tidak (No)
(Was there ascites ?)

f. Apakah ada Hepatik Ensefalopati ? Ya (Yes) Tidak (No)
(Was there hepatic encephalopathy ?)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(Please attach all of examination reports)

Bagian 9. PENYAKIT PARU KRONIK / Section 9. CHRONIC LUNG DISEASE

a. Apakah Diagnosa Penyakitnya ?
(What is the diagnosis of illness ?)

b. Apakah termasuk penyakit paru stadium akhir ? Ya (Yes) Tidak (No)
(Is it an end stage of lung disease ?)

c. Apakah hasil analisa gas darah tekanan O₂ parsial •3d 55 mmHg ? Ya (Yes) Tidak (No)
(Was the result of arterial blood gas analysis for partial O₂ •3d 55 mmHg ?)

d. Apakah ada sesak nafas pada saat istirahat ? Ya (Yes) Tidak (No)
(Is there any short of breath when resting ?)

e. Apakah ada Hepatik Ensefalopati ? Ya (Yes) Tidak (No)
(Was there hepatic encephalopathy ?)

f. Apakah dilakukan pengangkatan 1 paru secara menyeluruh ? Ya (Yes) Tidak (No)
(Was surgical removal of one lung performed ?)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(Please attach all of examination reports)

Bagian 10. Angioplasty/Coronary Artery By-pass Surgery / Section 10. Angioplasty/Coronary Artery By-pass Surgery

a. Apakah Diagnosa Penyakitnya ?

(What is the diagnosis of illness ?)

b. Pembuluh nadi mana saja yang mengalami penyempitan dan berapa persen (%) kah penyempitannya ?

(Which arteries are involved and what is the degree of narrowing(%) ?)

Ya (Yes) Tidak (No)

c. Apakah dilakukan tindakan Angioplasty untuk pertama kalinya / pemotongan arteri / bedah laser / pemasangan stent (ring) / Coronary Artery By-Pass Surgery ?

red first time Angioplasty / atherectomy / laser surgery / stent implant (ring) / Coronary Artery By-Pass Surgery ?)

Ya (Yes) Tidak (No)

Bila Ya, sebutkan nama tindakannya / If Yes, name of the procedure :

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

(Please attach all of examination reports)

Bagian 11. KOMA / Section 11. COMA

a. Apakah Diagnosa Penyakitnya ?

(What is the diagnosis of illness ?)

b. Apakah tidak ada reaksi/respon terhadap rangsangan dari luar untuk sedikitnya 96 jam ?

(Is there any reaction/response to external stimuli in at least 96 hours) ?

Ya (Yes) Tidak (No)

c. Apakah diperlukannya alat bantu hidup untuk mempertahankan kehidupan ?

(Was life support system required for sustain life) ?

Ya (Yes) Tidak (No)

d. Apakah ada kerusakan otak yang mengakibatkan defisit saraf menetap ?

(Was there any brain damage resulted in permanent neurological deficit)

Ya (Yes) Tidak (No)

e. Apakah penyakit ini diakibatkan oleh tindakan melukai diri sendiri, alkohol, penyalahgunaan obat-obatan, pengobatan lainnya ?

(Was the illness caused by self-inflicted injury, alcohol, drug abuse, effect of other treatment) ?

Ya (Yes) Tidak (No)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

(Please attach all of examination reports)

Bagian 12. TULI/KEHILANGAN PENDENGARAN / Section 12. DEAFNESS/HEARING LOSS

a. Apakah Diagnosa Penyakitnya ?

(What is the diagnosis of illness?)

b. Apakah terjadi kehilangan fungsi pendengaran 2 telinga secara menetap setidaknya 60 DB?

(Is the any permanent hearing loss of both ears at least at 60 DB) ?

Ya (Yes) Tidak (No)

c. Apakah terjadi kehilangan fungsi pendengaran 2 telinga secara menetap setidaknya 80 DB?

(Is the any permanent hearing loss of both ears at least at 80 DB)?

Ya (Yes) Tidak (No)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

(Please attach all of examination reports)

Bagian 13. OPERASI KATUP JANTUNG / Section 13. HEART VALVE SURGERY

a. Apakah Diagnosa Penyakitnya ?

(What is the diagnosis of illness?)

b. Apakah dilakukan operasi melalui prosedur minimal invasive / intra arterial untuk mengganti / memperbaiki katup jantung?

(Was the surgery performed using minimally invasive / intra arterial to replace or repair heart valve) ?

Ya (Yes) Tidak (No)

c. Apakah dilakukan operasi jantung terbuka untuk mengganti/memperbaiki katup jantung?

(Has open heart surgery been performed to replace or repair heart valve) ?

Ya (Yes) Tidak (No)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

(Please attach all of examination reports)

Bagian 14. GAGAL GINJAL / Section 14. KIDNEY FAILURE

- a. Apakah Diagnosa Penyakitnya ?
(What is the diagnosis of illness ?)
-
- b. Apakah termasuk Gagal Ginjal stadium akhir ? Ya (Yes) Tidak (No)
(Is it an end stage of kidney disease ?)
- c. Apakah meliputi kedua ginjal? Ya (Yes) Tidak (No)
(Are both kidneys involved ?)
- d. Apakah memerlukan hemodialisa secara menetap ? Ya (Yes) Tidak (No)
(Is the regular hemodialysis required ?)
- e. Apakah memerlukan transplantasi ginjal ? Ya (Yes) Tidak (No)
(Is the kidney transplant required ?)
- f. Apakah dilakukan pengangkatan 1 (satu) ginjal secara utuh ? Ya (Yes) Tidak (No)
(Has the Insured undergone one kidney surgical removal ?)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(Please attach all of examination reports)

Bagian 15. LUKA BAKAR / Section 15. BURN INJURY

- a. Apakah Diagnosa Penyakitnya ?
(What is the diagnosis of illness ?)
-
- b. Apakah termasuk luka bakar derajat 2 yang mencakup setidaknya 20% permukaan tubuh ? Ya (Yes) Tidak (No)
(Is the burns considered Second Degree Burns, at least 20% of body surface ?)
- c. Apakah termasuk luka bakar derajat 3 (**sebagian ketebalan kulit**) yang mencakup setidaknya 50% permukaan tubuh ? Ya (Yes) Tidak (No)
(Is the burns considered Third Degree Burns (**parts of skin layer**), at least 50% of body surface ?)
- d. Apakah termasuk luka bakar derajat 3 (**seluruh lapisan kulit**) yang mencakup setidaknya 20% permukaan tubuh ? Ya (Yes) Tidak (No)
(Is the burns considered Third Degree Burns (**all skin's layer**), at least 20% of body surface ?)
- e. Apakah cedera ini diakibatkan oleh tindakan melukai diri sendiri ? Ya (Yes) Tidak (No)
(Was the illness caused by self-inflicted injury ?)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(Please attach all of examination reports)

Bagian 16. CIDERA/TRAUMA KEPALA / Section 16. HEAD INJURY/TRAUMA

- a. Apakah Diagnosa Penyakitnya ?
(What is the diagnosis of illness ?)
-
- b. Apakah terjadi gangguan fungsi secara menetap yang berlangsung setidaknya 3 bulan sejak terjadinya cedera ? Ya (Yes) Tidak (No)
(Was there permanent function impairment lasted for at least 3 months after injury ?)
- c. Apakah menyebabkan tidak dapat melakukan setidaknya 3 Kegiatan Sehari-hari (lihat catatan *)? Ya (Yes) Tidak (No)
(Was the illness caused the Insured unable to perform at least 3 daily activities) (see app. *)?)
- d. Apakah telah menjalani operasi Burr Hole ? Ya (Yes) Tidak (No)
(Has Burr Hole operation been performed ?)
- e. Apakah menjalani rekonstruksi pada bagian atas leher? Ya (Yes) Tidak (No)
(Has reconstruction of upper neck been performed ?)
- f. Apakah menjalani perawatan yang berhubungan dengan gigi ? Ya (Yes) Tidak (No)
(Has the Insured undergone dental treatment ?)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(Please attach all of examination reports)

Bagian 17. PARKINSON / Section 17. PARKINSON'S DISEASE

a. Apakah Diagnosa Penyakitnya ?

(What is the diagnosis of illness ?)

b. Apakah tidak dapat dikontrol dengan pengobatan ?

Ya (Yes) Tidak (No)

(Can the illness be controlled by medication ?)

c. Apakah menunjukkan tanda-tanda dari gangguan yang progresif ?

Ya (Yes) Tidak (No)

(Are there any signs of progressive impairment ?)

d. Apakah menyebabkan tidak dapat melakukan setidaknya 2 Kegiatan Sehari-hari (**lihat catatan ****) ?

Ya (Yes) Tidak (No)

(Is it causing inability to do at least 2 daily activities) (**see app. ****)?

e. Apakah menyebabkan tidak dapat melakukan setidaknya 3 Kegiatan Sehari-hari (**lihat catatan ****) ?

Ya (Yes) Tidak (No)

(Is it causing inability to do at least 3 daily activities) (**see app. ****)?

f. Apakah penyakit ini diakibatkan oleh penggunaan obat atau racun ?

Ya (Yes) Tidak (No)

(Was the illness caused by usage of drug or poison ?)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

(Please attach all of examination reports)

Bagian 18. HIPERTENSI ARTERI PULMONAL / Section 18. ARTERIAL PULMONARY HYPERTENSION

a. Apakah Diagnosa Penyakitnya ?

(What is the diagnosis of illness ?)

b. Apakah termasuk Hipertensi Arteri Pulmonal Primer dengan adanya pembesaran ventrikel kanan yang mengakibatkan gangguan fisik menetap kelas 3 NYHA (**lihat catatan ***) ?

Ya (Yes) Tidak (No)

(Is this a primary arterial pulmonary hypertension with right ventricular enlargement and permanent physical impairment of class III of NYHA) (**see app. ***)?

c. Apakah termasuk Hipertensi Arteri Pulmonal Sekunder dengan adanya pembesaran ventrikel kanan yang mengakibatkan gangguan fisik menetap kelas 3 NYHA (**lihat catatan ***) ?

Ya (Yes) Tidak (No)

(Is this a secondary arterial pulmonary hypertension with right ventricular enlargement and permanent physical impairment of class III of NYHA) (**see app. ***)?

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

(Please attach all of examination reports)

Bagian 19. OPERASI AORTA / Section 19. AORTA SURGERY

a. Apakah Diagnosa Penyakitnya ?

(What is the diagnosis of illness ?)

b. Apakah dilakukan operasi melalui prosedur minimal invasive / intra arterial untuk mengganti / memperbaiki katup jantung ?

Ya (Yes) Tidak (No)

(Was the surgery performed using minimally invasive / intra arterial to replace or repair heart valve ?)

c. Apakah dilakukan operasi jantung terbuka untuk mengganti/memperbaiki katup jantung ?

Ya (Yes) Tidak (No)

(Has open heart surgery been performed to replace or repair heart valve ?)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

(Please attach all of examination reports)

Bagian 20. LUPUS ERITEMATOSUS SISTEMIK / Section 20. SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

a. Apakah Diagnosa Penyakitnya ?

(What is the diagnosis of illness ?)

b. Apakah termasuk pada Lupus Eritematosus Sistemik kelas II (**lihat catatan *****)?

Ya (Yes) Tidak (No)

(Is this a class II of Systemic lupus erythematosus) (**see app. *****)?

c. Apakah termasuk pada Lupus Eritematosus Sistemik kelas III-V (**lihat catatan *****)?

Ya (Yes) Tidak (No)

(Is this a class III-V of Systemic lupus erythematosus) (**see app. *****)?

d. Apakah termasuk Discoid Lupus yang hanya mempengaruhi system hematologi dan sendi ?

Ya (Yes) Tidak (No)

(Is this a discoid lupus which only affecting hematology & joints system ?)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

(Please attach all of examination reports)

Bagian 21. PENYAKIT ALZHEIMER / Section 21. ALZHEIMER'S DISEASE

a. Apakah Diagnosa Penyakitnya ?

(What is the diagnosis of illness ?)

b. Apakah termasuk penurunan / hilangnya kapasitas intelektual / perilaku abnormal yang dibuktikan sesuai untuk penyakit Alzheimer ? Ya (Yes) Tidak (No)

(Was the evidence of deterioration / loss of intellectual capacity / abnormal behavior proven in compliance with Alzheimer's disease ?)

c. Apakah termasuk gangguan degeneratif otak organik yang tidak dapat dipulihkan yang mengakibatkan penurunan mental dan fungsi sosial secara bermakna ? Ya (Yes) Tidak (No)

(Is it an irrecoverable organic brain degenerative resulting in reduction in mental and social functioning ?)

d. Apakah termasuk gangguan otak non organik seperti neurosis dan penyakit kejiwaan dan kerusakan otak yang disebabkan obat-obatan atau alkohol ? Ya (Yes) Tidak (No)

(Is it a non organic brain impairments such as neurosis and psychiatric illness related to any drug or alcohol Consumption ?)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

(Please attach all of examination reports)

Bagian 22. ANEMIA APLASTIK / Section 22. APLASTIC ANAEMIA

a. Apakah Diagnosa Penyakitnya ?

(What is the diagnosis of illness ?)

b. Apakah termasuk kegagalan sumsum tulang menetap yang mengakibatkan anemia, netropenia dan trombocytopenia? Ya (Yes) Tidak (No)

(Was it a permanent bone marrow failure resulting in anaemia, netropenia and trombocytopenia ?)

c. Apakah memerlukan perawatan karena :

(What is the nature of treatment ?)

▶ Transfusi produk darah? *(Blood product transfusion ?)* Ya (Yes) Tidak (No)

▶ Marrow stimulating agents ? *(Marrow stimulating agents ?)* Ya (Yes) Tidak (No)

▶ Immunosuppressive agents ? *(Immunosuppressive agents ?)* Ya (Yes) Tidak (No)

▶ Transplantasi sumsum tulang ? *(Bone marrow transplantation ?)* Ya (Yes) Tidak (No)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

(Please attach all of examination reports)

Bagian 23. MENINGITIS BAKTERI / Section 23. BACTERIAL MENINGITIS

a. Apakah Diagnosa Penyakitnya ?

(What is the diagnosis of illness ?)

b. Apakah Diagnosa tersebut menyebabkan defisit neurologis menetap ? Ya (Yes) Tidak (No)

(Is the diagnosis of illness causing permanent neurological deficits ?)

c. Apakah dibuktikan dengan adanya infeksi bakteri dalam cairan serebrospinal melalui punksi lumbar ? Ya (Yes) Tidak (No)

(Was the diagnosis confirmed by the presence of bacterial infection in cerebrospinal fluid in lumbar puncture ?)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

(Please attach all of examination reports)

Bagian 24. HEPATITIS VIRUS FULMINAN / Section 24. FULMINANT HEPATITIS

a. Apakah Diagnosa Penyakitnya ?

(What is the diagnosis of illness ?)

b. Apakah merupakan proses sub masif sampai nekrosis masif hati oleh virus Hepatitis, yang menyebabkan kegagalan hati ? Ya (Yes) Tidak (No)

(Is there a sub massive to massive necrosis of the liver by hepatitis viral which result in liver failure ?)

c. Apakah hanya termasuk infeksi Hepatitis B atau carrier ? Ya (Yes) Tidak (No)

(Is there only Hepatitis B infection or carrier ?)

d. Apakah Diagnosa didukung dengan hal-hal berikut ini / *(Is the diagnosis supported by the following criteria) :*

▶ Nekrosis pada seluruh lobulus *(Necrosis of entire liver lobes)* Ya (Yes) Tidak (No)

▶ Penurunan enzim hati yang cepat *(Rapid decreasing of liver's enzyme)* Ya (Yes) Tidak (No)

▶ Ikterus berat *(Severe jaundice)* Ya (Yes) Tidak (No)

▶ Hepatic Encephalopathy *(Hepatic Encephalopathy)* Ya (Yes) Tidak (No)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

(Please attach all of examination reports)

Bagian 25. HIV DIAKIBATKAN TRANSFUSI DARAH / Section 25. HIV DUE TO BLOOD TRANSFUSION

a. Apakah Diagnosa Penyakitnya ?

(What is the diagnosis of illness ?)

b. Apakah meliputi kondisi sebagai berikut ini / Is the diagnosis involve the following conditions :

- ▶ Transfusi darah yang secara medis diperlukan untuk pengobatan ? Ya (Yes) Tidak (No)
(Was the blood transfusion medically necessary or give as part of a medical treatment ?)
- ▶ Transfusi darah diterima pada tanggal ? / /
(Blood transfusion received on date ?)
tanggal (dd) bulan (mm) tahun (yy)
- ▶ Sumber infeksi HIV dibuktikan oleh lembaga yang melakukan transfusi darah & dapat diketahui asal sumber darah yang terinfeksi tersebut ? Ya (Yes) Tidak (No)
(The source of HIV infection established from the institution that provided the blood transfusion and able to trace the origin of the HIV tainted blood ?)
- ▶ Penderita Hemofilia ? Ya (Yes) Tidak (No)
(Is the Insured Hemophilia ?)

c. Apakah infeksi akibat dari aktivitas seksual, transfusi darah/penggunaan obat intra vena yang tidak diperlukan untuk pengobatan ?

(Was the infection resulted from sexual activity, blood transfusion, intra-venous use of drugs which was not as part of medical treatment ?)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

(Please attach all of examination reports)

Bagian 26. KEHILANGAN ANGGOTA GERAK / Section 26. LOSS OF LIMBS

a. Apakah Diagnosa Penyakitnya ?

(What is the diagnosis of illness ?)

b. Apakah terjadi kehilangan 2 atau lebih anggota gerak mulai di atas siku / pergelangan tangan atau lutut / pergelangan kaki secara menyeluruh dan tidak dapat dipulihkan kembali ? Ya (Yes) Tidak (No)
(Is there any total and permanent loss of two or more limbs from above elbow / wrist or knee / ankle ?)

c. Apakah kondisi Ini diakibatkan oleh cedera / tindakan medis ? Ya (Yes) Tidak (No)
(Was this condition caused by injury / medical procedure ?)

d. Apakah kondisi ini diakibatkan oleh tindakan melukai diri sendiri ? Ya (Yes) Tidak (No)
(Was this condition caused by self-inflicted injury ?)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

(Please attach all of examination reports)

Bagian 27. KEHILANGAN KEMAMPUAN BERBICARA / Section 27. LOSS OF SPEECH

a. Apakah Diagnosa Penyakitnya ?

(What is the diagnosis of illness ?)

b. Apakah termasuk kehilangan kemampuan berbicara secara menyeluruh dan tidak dapat dipulihkan selama periode 12 bulan terus menerus ? Ya (Yes) Tidak (No)
(Is the loss of speech considered total and irrecoverable over a continuous period of 12 months ?)

c. Apakah ada bukti cedera atau penyakit pada pita suara ? Ya (Yes) Tidak (No)
(Is there any evidence of vocal cord injury or disease ?)

d. Apakah berkaitan dengan kejiwaan ? Ya (Yes) Tidak (No)
(Is the illness secondary to psychiatric problem ?)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

(Please attach all of examination reports)

Bagian 28. PENYAKIT MOTOR NEURON / Section 28. MOTOR NEURON DISEASE

a. Apakah Diagnosa Penyakitnya ?

(What is the diagnosis of illness ?)

b. Apakah termasuk degenerasi yang progresif dari jaras kortikospinal & sel kornu anterior atau serabut saraf eferen bulbar (spinal muscular atrophy, kelumpuhan bulbar progresif, amyotrophic lateral sclerosis & primary lateral sclerosis) ? Ya (Yes) Tidak (No)
(Are there progressive degeneration of corticospinal tracts & anterior horn cell or bulbar efferent neurons (spinal muscular atrophy, progressive bulbar palsy, amyotrophic lateral sclerosis & primary lateral sclerosis) ?)

c. Apakah terjadi defisit neurologi yang menetap ? Ya (Yes) Tidak (No)
(Are these neurological deficits permanent ?)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

(Please attach all of examination reports)

Bagian 29. SKLEROSIS MULTIPEL / Section 29. MULTIPLE SCLEROSIS

a. Apakah Diagnosa Penyakitnya ?
(What is the diagnosis of illness ?)

b. Apakah Diagnosa meliputi kondisi sebagai berikut ini / Is the diagnosis involve the following conditions :

- ▶ Gejala yang dapat dijadikan acuan untuk jaras (*white matter*) yang melibatkan saraf optik, batang otak dan *spinal cord*, menghasilkan defisit neurologis ? Ya (Yes) Tidak (No)
(Symptoms that can be used as a reference for pathway (*white matter*) involving the optic nerve, brain stem and Spinal cord, which produce neurological deficit ?)
- ▶ Lesi-lesi yang beragam atau berlainan Ya (Yes) Tidak (No)
(Multiple lesions)
- ▶ Dokumentasi riwayat kekambuhan dan remisi dari gejala dan defisit neurologis Ya (Yes) Tidak (No)
(Documented history of repeated relapse and remission symptoms and neurological deficit)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(Please attach all of examination reports)

Bagian 30. DISTROFI MUSKULAR / Section 30. MUSCULAR DYSTROPHY

a. Apakah Diagnosa Penyakitnya ?
(What is the diagnosis of illness ?)

b. Apakah Diagnosa meliputi kondisi sebagai berikut ini / Is the diagnosis involve the following conditions :

- ▶ Adanya individu lain yang terkena penyakit di dalam riwayat keluarga Ya (Yes) Tidak (No)
(In family history has other member struck by the same illness)
- ▶ Tanda klinis termasuk adanya kehilangan gangguan sensorik, cairan serebrospinal normal dan penurunan refleks tendon ringan Ya (Yes) Tidak (No)
(Clinical evidence such as sensory disturbance, normal cerebrospinal fluid and diminished tendon reflex)
- ▶ Karakteristik Elektromiogram Ya (Yes) Tidak (No)
(Characteristic of Electromyogram)
- ▶ Kecurigaan klinis yang dikonfirmasi dengan biopsi otot Ya (Yes) Tidak (No)
(Clinical suspect which confirmed by muscle biopsy)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(Please attach all of examination reports)

Bagian 31. POLIOMIELITIS / Section 31. POLIOMYELITIS

a. Apakah Diagnosa Penyakitnya ?
(What is the diagnosis of illness ?)

b. Apakah ditemukan keadaan sebagai berikut ini / Was there found conditions as below :

- ▶ Virus polio diidentifikasi sebagai penyebab Ya (Yes) Tidak (No)
(Polio virus identified as the cause)
- ▶ Paralisis dari otot anggota gerak / pernafasan & menetap setidaknya selama 3 bulan Ya (Yes) Tidak (No)
(Paralysis of limbs / respiratory & lasted at least for 3 months)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(Please attach all of examination reports)

Bagian 32. VIRUS ENSEFALITIS / Section 32. VIRUS ENSEFALITIS

a. Apakah Diagnosa Penyakitnya ?
(What is the diagnosis of illness ?)

b. Apakah terjadi peradangan berat pada otak, defisit neurologis menetap minimal 30 hari ? Ya (Yes) Tidak (No)
(Was there severe brain infection, neurological deficit lasted minimal for 30 days ?)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(Please attach all of examination reports)

Bagian 33. ANGIOPLASTI / Section 33. ANGIOPLATY

a. Apakah Diagnosa Penyakitnya ?
(What is the diagnosis of illness ?)

b. Apakah telah menjalani *Coronary Artery Balloon Angioplasty* untuk pertama kalinya, pemotongan arteri, tindakan menggunakan sinar laser atau pemasangan *stent* untuk memperbaiki satu atau lebih arteri koroner yang dapat dibuktikan oleh hasil angiografi. ? Ya (Yes) Tidak (No)
(Is it the Insured first time Angioplasty / atherectomy / laser surgery / stent implant (ring) ?)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(Please attach all of examination reports)

Saya, sebagai Dokter yang menangani pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar.

(As the Doctor handling the care of the above-mentioned patient, I hereby state that I have read and answered the questions in this form clearly and completely.)

Nama Dokter : -----
(Doctor's name)

Nama Rumah Sakit : -----
(Hospital's name)

Alamat Rumah Sakit : -----
(Hospital's address)

Tempat dan tanggal : -----
(Place and date)

 / /
tanggal (dd) bulan (mm) tahun (yy)

Tandatangan dan nama Dokter
(Signature and Doctor's name)

Stempel Rumah Sakit
(Stamp of hospital)

LAMPIRAN :

(APPENDIX) :

(*)Klasifikasi gangguan jantung New York Heart Association (NYHA) untuk Kelas 3 dan Kelas 4 berarti:
(*) New York Heart Association (NYHA) Functional Classificatio for Class III and IV :

- Kelas 3, ditandai keterbatasan aktivitas fisik. Nyaman pada saat istirahat tetapi pada aktivitas di bawah normal dapat menimbulkan gejala.
(Class III, marked limitation of activity : comfortable at rest, less than ordinary physical activity causes symptoms.)
- Kelas 4, tidak mampu terlibat dalam aktivitas fisik tanpa ketidaknyamanan. Gejala dapat muncul bahkan pada saat istirahat.
(Class IV, inability to carry on any physical activity without discomfort, symptoms maybe present event at rest.)

()Kegiatan Sehari-hari:**

() Daily Activity :**

Aktivitas yang dapat dan umum dilakukan oleh orang pada umumnya, yang terdiri dari:

(General activities that can be done by people in general, which consists of) :

- **Berpindah Tempat Duduk:**
Kemampuan untuk duduk atau bangun dari tempat duduk tanpa dibantu oleh orang lain.
(**Switching Seats**) :
(Ability to sit down or stand up from sitting position without assistance.)
- **Bergerak:**
Kemampuan untuk pindah dari satu ruangan ke ruangan yang lain tanpa dibantu oleh orang lain.
(**Moving**) :
(Ability to move from room to room without assistance.)
- **Berpakaian:**
Kemampuan untuk memakai dan melepaskan pakaian tanpa dibantu oleh orang lain.
(**Dressing**) :
(Ability to dress and undress without assistance.)
- **Mandi:**
Kemampuan untuk mandi atau membersihkan badan tanpa dibantu oleh orang lain.
(**Bathing**) :
(Ability to bathe and clean oneself without assistance.)
- **Makan:**
Kemampuan untuk memasukkan makanan ke dalam tubuh tanpa dibantu oleh orang lain.
(**Feeding**) :
(Ability to bring food into body without assistance.)
- **Buang Air:**
Kemampuan untuk menggunakan alat-alat yang berkaitan dengan buang air besar atau kecil tanpa dibantu oleh orang lain.
(**Toileting**) :
(Ability to use lavatory or manage bowel and bladder function without assistance.)

(*)Klasifikasi WHO untuk Lupus:**

(*) WHO Classification for Lupus:**

Kelas I / (Class I)	:	Minimal change glomerulonephritis
Kelas II / (Class II)	:	Mesangial glomerulonephritis
Kelas III / (Class III)	:	Focal Segmental glomerulonephritis
Kelas IV / (Class IV)	:	Diffuse glomerulonephritis
Kelas V / (Class V)	:	Membranous glomerulonephritis