

- ISI/LENGGAPI/CORET APABILA PERLU | BERI TANDA "✓" DALAM KOTAK PERTANYAAN PILIHAN | JIKA PENGISIAN SALAH, HARAP DICORET DAN DITANDATANGANI (DILARANG MENGGUNAKAN TIP-EX) | DATA WAJIB DIISI DENGAN BENAR DAN LENGKAP.  
FILL/COMPLETE/CROSS OUT IF NECESSARY | TICK "✓" INSIDE THE BOX OF QUESTION | PLEASE CROSS OUT AND SIGN FOR CORRECTIONS IN FILLING THE DOCUMENT (DO NOT USE CORRECTION PEN OR LIQUID) | DATA MUST BE FILLED CORRECTLY AND COMPLETELY.

Untuk diisi dengan lengkap oleh Pemegang Polis, Yang Ditunjuk/Penerima Manfaat atau pemegang kuasa dari Yang Ditunjuk  
To be filled out completely by the Policyholder, Beneficiary or the Beneficiary's proxy

## FORMULIR KETIDAKMAMPUAN TOTAL - ASURANSI INDIVIDU TOTAL DISABILITY CLAIM FORM - INDIVIDUAL INSURANCE

### KLAIM APA YANG INGIN ANDA AJUKAN?

#### WHICH TYPE OF CLAIM THAT YOU'D LIKE TO SUBMIT?

- Pembebasan Premi / Waiver of Premium       Pembebasan Premi Untuk Pembayar Polis / Payor Benefit
- Cacat Total Sementara / Total Temporary Disability       Cacat Total Tetap / Total Permanent Disability

Nomor Polis atau Sertifikat :   
Policy or Certificate Number

## 1 KETERANGAN PEMEGANG POLIS DATA OF POLICYHOLDER

Telepon/Phone : Rumah/Kantor :  -  -   
Home/Office      Kode Negara      Kode Area  
Country Code      Area Code

Seluler :  -   
Handphone      Kode Negara  
Country Code

Email/Email :

Hanya diisi jika ada perubahan atau klaim diajukan selain oleh Pemegang Polis.  
Only filled if there are any changes or if the claim is submitted other than by the Policyholder.

Nama Pemegang Kuasa dari :   
Pemegang Polis  
Name of the Policyholder/s Proxy

Tanggal Lahir :  /  /  (tgl/bln/thn)  
Date of Birth      (dd/mm/yy)

Alamat Korespondensi :   
Correspondence Address

Kota/City :

Negara/Country :

Kode Pos/Zip Code :

## 2 DATA TERTANGGUNG DATA OF THE INSURED

Nama Tertanggung/Tanggung/ :   
Peserta/Peserta Tambahan  
Name of Insured/Dependent/  
Participant/Additional Participant

Dirawat di Rumah Sakit karena :  Sakit       Kecelakaan       Lain-lain, \_\_\_\_\_  
Hospitalized Due to      Illness      Accident      Others

Tanggal :  /  /  (tgl/bln/thn)  
Date :  /  /  (dd/mm/yy)

Berikan gambaran secara singkat & jelas mengenai gejala / kejadian. Apabila kolom yang disediakan tidak mencukupi, tambahkan keterangan di lembar tersendiri  
Please describe shortly & clearly of symptoms / event. If the space not enough, please use another sheet

### 3 MENERANGKAN DENGAN SEBENARNYA DATA PEKERJAAN SEBAGAI BERIKUT TRULY STATED OCCUPATION DATA AS FOLLOWS

	SEBELUM KEJADIAN / BEFORE EVENT	SESUDAH KEJADIAN / AFTER EVENT
Nama Perusahaan Name of the Company	:	_____
Alamat Perusahaan Address of the Company	:	_____
Nomor Telepon Perusahaan Phone Number of the Company	:	_____
Jabatan / Title	:	_____
Rincian Tugas / Job Description	:	_____
Rata-rata Penghasilan per Bulan Average Income per Month	:	_____
Menderita Ketidakmampuan Total karena Suffered Total Disability Due to	:	<input type="checkbox"/> Sakit Illness <input type="checkbox"/> Kecelakaan Accident <input type="checkbox"/> Lain-lain, Others _____
Tanggal Mengalami Sakit/Kecelakaan Date of illness/Accident	:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (tgl/bln/thn) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (dd/mm/yy)

Berikan gambaran secara singkat & jelas mengenai gejala / kejadian. Apabila kolom yang disediakan tidak mencukupi, tambahkan keterangan di lembar tersendiri  
Please describe shortly & clearly of symptoms / event. If the space not enough, please use another sheet

### 4 KETERANGAN AKTIVITAS DESCRIPTION OF ACTIVITY

1. Tanggal terakhir bekerja : \_\_\_\_\_  
Date of last working
2. Apakah Anda pada saat ini : \_\_\_\_\_  
Are you at present
  - a. Hanya dapat berbaring?  Ya  Tidak  
Only in lie down position? Yes No

Berikan gambaran secara singkat dan jelas mengenai kegiatan sehari-hari  
Please describe your daily activities briefly and clearly

- b. Hanya tinggal di rumah?  Ya  Tidak  
Only stay at home? Yes No

Berikan gambaran secara singkat dan jelas mengenai kegiatan sehari-hari  
Please describe your daily activities briefly and clearly

- c. Dirawat di rumah sakit?  Ya  Tidak  
Being hospitalized? Yes No

Tanggal Perawatan :  /  /  s/d  /  /  hari / days  
Date of hospitalization (tgl/bln/thn) / (dd/mm/yy) to (tgl/bln/thn) / (dd/mm/yy)

Nama Dokter : \_\_\_\_\_  
 Name of Doctor  
 Nama Rumah Sakit : \_\_\_\_\_  
 Name of Hospital  
 Alamat Rumah Sakit : \_\_\_\_\_  
 Address of Hospital

3. Apakah Anda menderita Ketidakmampuan Total untuk:  
 Are You Suffered Total Disability for:

a. Melakukan seluruh kewajiban terhadap pekerjaan terakhir?  
 Performing the duties of your last occupation?

b. Bekerja atau melakukan jenis pekerjaan yang sesuai dengan pendidikan, latihan atau pengalaman Anda, guna mendapatkan penghasilan atau keuntungan?  
 Performing any duty based on your study, training or experience to get income?

4. a. Pernahkah Anda mencoba untuk bekerja sejak menderita Ketidakmampuan Total?  Ya  Tidak  
 Have you ever tried to work since you suffered Total Disability?  Yes  No

b. Jika "Ya", Tanggal bekerja kembali :  /  /  (tgl/bln/thn)  
 If "Yes", Date of start of work (dd/mm/yy)

5. Nama Dokter dan Rumah Sakit : \_\_\_\_\_  
 selama menderita Ketidakmampuan Total \_\_\_\_\_  
 Name of Doctor and Hospital \_\_\_\_\_  
 during the Total Disability

a. Tanggal Perawatan :  /  /  s/d  /  /    
 If "Yes", Date of start of work (tgl/bln/thn) / (dd/mm/yy) to (tgl/bln/thn) / (dd/mm/yy) hari / days

b. Nama Dokter : \_\_\_\_\_  
 Name of Doctor

c. Nama Rumah Sakit : \_\_\_\_\_  
 Name of Hospital

d. Alamat Rumah Sakit : \_\_\_\_\_  
 Address of Hospital

## 5 PENERIMA MANFAAT PEMBAYARAN KLAIM PAYEE OF CLAIM PAYMENT

Apabila klaim disetujui, pembayaran akan ditransfer ke:  
 If the claim payment is approved, the payment will be transferred to:

Mata Uang :  Rupiah  USD  
 Currency

Nama Pemilik Rekening :   
 Account Holder Name

No. Rekening :   
 Account Number

Nama Bank :   
 Bank Name

Cabang Bank :   
 Bank Branch

Negara :   
 Country

NPWP :   
 Tax Payer Registration Number

Jenis Pembayaran\* :  Sekaligus  Bulanan \*Hanya untuk Produk Tertentu (seperti Primajaga dan Proteksi Prima Amanah)  
 Payment Method\* Lump Sum Monthly \*Only for Certain Product (e.g. Primajaga and Proteksi Prima Amanah)

Pembayaran harus ditujukan kepada Pemegang Polis. Jika tidak, mohon agar Pemegang Polis membuat surat kuasa kepada yang dibari kuasa untuk menerima manfaat dengan menjelaskan alasannya, Biaya transfer dalam USD, yang dibebankan oleh Bank Penanggung dan Bank Penerima ditanggung oleh pemilik rekening tujuan/rekening penerima

The payment must be paid to the Policyholder. If not, please provide power of attorney for the appointed person to receive the benefit along with the reason. Fee for transfer in USD charged by Bank of the Insurer and the Recipient Bank will be charged to the destination/recipient account holder.

## 6 KETERANGAN TAMBAHAN ADDITIONAL DETAILS

Apakah Pemegang Polis sedang atau pernah memegang jabatan di Lembaga pemerintahan, Lembaga Negara, dan/atau Partai Politik di dalam atau di luar negeri?  
Does the Policyholder is or was holding positions in the Government Agencies, State Institutions, and/or Political party in domestic or overseas?

Ya  
Yes  Tidak  
No

Bila Ya, mohon mengisi pertanyaan berikut  
If Yes, please answer the following question

Nama : \_\_\_\_\_  
Name

Masa jabatan : \_\_\_\_\_  
Term of Service

Institusi : \_\_\_\_\_  
Institution

Negara : \_\_\_\_\_  
Country

Posisi : \_\_\_\_\_  
Position

## 7 PERNYATAAN DARI YANG MENGAJUKAN KLAIM CLAIMANT'S DECLARATION

Saya/Kami, sebagai Pemegang Polis dan/atau Yang Ditunjuk/Penerima Manfaat menyatakan setuju bahwa  
I/We as Policyholder and/or Beneficiary agree that:

Saya/Kami telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan pada formulir klaim ini dengan lengkap dan benar. Oleh karenanya, saya/kami dengan ini memberi kuasa yang tidak dapat ditarik kembali kepada Manulife dengan hak substitusi untuk:

I/We have read, understood and answered all the questions in this claim form completely and correctly. Therefore, I/we hereby grant the irrevocable power of attorney to Manulife to:

- Memperoleh dan melakukan verifikasi terhadap data/informasi mengenai diri, keadaan dan kesehatan atas diri saya/kami dari Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Bank, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Instansi Pemerintah, Perorangan atau Organisasi lainnya dan bertanggung jawab atas segala isinya.

Obtain and verify any data/information of my/our being, condition and health from the Doctor, Clinic, Hospital, Public Health Centre, Bank, Insurance Company, Legal Entity, Government Institution, Personal or other Organization and responsible for any content.

- Menggunakan, mengungkapkan, menyediakan data/informasi mengenai saya/kami yang diperoleh dan dikumpulkan oleh Manulife atau afiliasinya kepada pihak yang berkepentingan (termasuk namun tidak terbatas pada pihak reasuransi, penyidik klaim, bank/lembaga keuangan, asosiasi industri dan badan hukum lain, baik di dalam maupun di luar negeri) baik yang memiliki kerja sama atau tidak dengan Manulife atau afiliasinya untuk tujuan pembayaran klaim dan/atau melakukan proses lainnya yang terkait dengan Polis saya/kami maupun untuk penawaran produk asuransi atau produk keuangan lain, untuk tujuan pencegahan anti pencucian uang, suap dan anti-teroris atau terkait dengan sanksi ekonomi, yang berkaitan dengan proses pidana/perdata atau proses arbitrase, investigasi, audit atau pemeriksaan (termasuk penyelidikan internal, audit atau pemeriksaan) yang Manulife, afiliasi, karyawan atau agen dikenakan atau untuk tujuan lain sebagaimana yang diperkenankan oleh pedoman Manulife dan kode etik Manulife, hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Use, disclose, provide my/our data/information obtained and collected by Manulife or its affiliates to interested parties (including but not limited to the reinsurance, claims investigators, banks/financial institutions, industry associations and other legal entities, both local or abroad) whether or not in cooperation with Manulife or its affiliates for the purpose of claim payment and/or other processes associated with my/our Policy or for the purpose other insurance or financial products offering, prevention of anti-money laundering, bribery and anti-terrorist or economic sanctions which relating to any criminal/civil or arbitral proceedings, investigations, audits or inspections (including internal investigation, audit or inspection) to which Manulife, its affiliates, employee or agent is subject to or for other purposes as permitted by the applicable Manulife guidelines and Manulife code of conduct, laws and regulations.

Ditandatangani di : \_\_\_\_\_  
Signed ini

Tanggal : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (tgl/bln/thn) / (dd/mm/yy)  
Date

PEMEGANG POLIS POLICYHOLDER
MATERAI
_____ Tanda Tangan dan Nama Jelas Signature and Full Name

PEMEGANG POLIS/YANG DITUNJUK/PEMERIMA MANFAAT POLICYHOLDER/BENEFICIARY
_____ Tanda Tangan dan Nama Jelas Signature and Full Name

### INFORMASI PENTING / IMPORTANT INFORMATION

- Apabila pemohon tinggal atau sedang berada di luar negeri dan meminta kerabat atau pihak lain yang tinggal di Indonesia untuk mengajukan klaim, pemohon harus memberikan surat kuasa kepada kerabat atau pihak lain tersebut beserta ktp kerabat/pihak lain yang diberikan kuasa.  
*If the claimant is living or staying abroad and requested his/her relative or other person who's living in Indonesia to submit claim, the claimant must provide a power of attorney to his/her relative or other person including the identity card of the appointed attorney.*
- Untuk pengajuan klaim dari luar negeri, formulir klaim dan surat kuasa pengurusan (bila ada) harus ditandatangani dan dinotarisasi di depan pejabat notaris atau publik setempat serta dilegalisasi oleh pejabat konsulat jenderal atau kedutaan besar Indonesia di lokasi terdekat di negara tempat tinggal atau pemohon berada. Dimana pemegang polis/yang ditunjuk/penerima manfaat yang ditunjuk berada.  
*To request claim from abroad, claim form and the power of attorney (if any) shall be executed and notarized before the local public notary and legalized by an official of Indonesian consulate general or ambassador in the country where the claimant lives or stay.*

### PERSYARATAN DOKUMEN PENGAJUAN KLAIM YANG WAJIB DILAMPIRKAN

#### REQUIRED DOCUMENTS FOR CLAIM SUBMISSION

- Surat Keterangan Dokter yang telah diisi (bagian dari formulir klaim ini)  
*Filled Attending Physician's Statement (part of this claim form)*
- Fotokopi legalisir hasil-hasil pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan (hasil laboratorium/Rontgen/CT Scan/MRI dll)  
*Legalized photocopy the result's of other tests (Laboratory's/Rontgen's/CT Scan's/ MRI's results, etc)*

Bila terdapat perubahan atau identitas terbaru, harap melampirkan dokumen berikut:

*If there are any changes or issuance of new ID please enclosed one of the following:*

- |   |   |  |  |  |
|---|---|--|--|--|
| 1. Identitas Pemegang Polis<br><i>Policy Holder ID</i>                | : | <input type="checkbox"/> KTP<br><i>ID Card</i> | <input type="checkbox"/> Kartu Keluarga/Akte Lahir*<br><i>Family Card/Birth Certificate*</i> | <input type="checkbox"/> Paspor (Khusus WNA)<br><i>Passport (Foreigner Only)</i> |
| 2. Identitas Peserta / Tertanggung<br><i>Insured / Participant ID</i> | : | <input type="checkbox"/> KTP<br><i>ID Card</i> | <input type="checkbox"/> Kartu Keluarga/Akte Lahir*<br><i>Family Card/Birth Certificate*</i> | <input type="checkbox"/> Paspor (Khusus WNA)<br><i>Passport (Foreigner Only)</i> |

*\*WNI < 17 tahun / for customer < 17 years old*

- ISI/LENGKAPI/CORET APABILA PERLU | BERI TANDA "√" DALAM KOTAK PERTANYAAN PILIHAN | JIKA PENGISIAN SALAH, HARAP DICORET DAN DITANDATANGANI (DILARANG MENGGUNAKAN TIP-EX) | DATA WAJIB DIISI DENGAN BENAR DAN LENGKAP.  
FILL/COMPLETE/CROSS OUT IF NECESSARY | TICK "√" INSIDE THE BOX OF QUESTION | PLEASE CROSS OUT AND SIGN FOR CORRECTIONS IN FILLING THE DOCUMENT (DO NOT USE CORRECTION PEN OR LIQUID) | DATA MUST BE FILLED CORRECTLY AND COMPLETELY.

Untuk diisi dengan lengkap oleh Pemegang Polis, Yang Ditunjuk/Penerima Manfaat atau pemegang kuasa dari Yang Ditunjuk  
To be filled out completely by the Policyholder, Beneficiary or the Beneficiary's proxy

## SURAT KETERANGAN DOKTER ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT

Nama Pasien / Name of the Patient :

Tanggal Lahir / Date of Birth :  /  /  (tanggal/bulan/tahun) / (dd/mm/yyyy)

Jenis Kelamin / Sex :  Laki-laki /  Perempuan  
Male Female

Tanggal Perawatan / Date of Hospitalization :  /  /   /  /  = \_\_\_\_\_ Hari  
(tanggal/bulan/tahun) / (dd/mm/yyyy) (tanggal/bulan/tahun) / (dd/mm/yyyy) Days

Apakah perawatan di atas berhubungan dengan kecelakaan?  Ya  Tidak  
Does the above treatment related to the accident? Yes No

Tanggal terjadinya kecelakaan :  /  /  (tgl/bln/thn)  
Date of accident (dd/mm/yy)

Apakah pasien ini melakukan konsultasi ke dokter lain/rumah sakit lain sebelum melakukan konsultasi ke dokter?  Ya  Tidak  
Has this patient consulted to any doctor(s)/hospital(s) prior to first consultation with you? Yes No

Jika "Ya", mohon bantuannya untuk menyebutkan nama dan alamat dokter atau rumah sakit tersebut  
If "Yes", please provide the name and address of the doctor(s)/hospital(s)

Apakah pasien ini merupakan pasien tetap dari dokter?  Ya  Tidak  
Are you this patient's usual medical doctor? Yes No

Jika "Ya", sejak kapan? :  /  /  (tgl/bln/thn)  
If "Yes", since when? (dd/mm/yy)

Tanggal pertama kali pasien ini melakukan konsultasi dengan kondisi saat ini :  /  /  (tgl/bln/thn)  
Date of this patient's consultation for the (dd/mm/yy)

current condition

Mohon bantuannya untuk menjelaskan gejala yang ada dan tanggal pertama kali gejala itu timbul  
Please state symptoms presented and date of first symptoms arise

Gejala yang timbul saat pertama kali konsultasi Symptoms presented at first consultation	Tanggal mulai terjadinya gejala-gejala Date of first started of the symptoms
	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (tgl/bln/thn) / (dd/mm/yy)

Diagnosa atau dugaan diagnosa / Diagnose:

Tanggal diagnosa :  /  /  (tgl/bln/thn)  
Date of diagnose (dd/mm/yy)

Tanggal hasil diagnosa diberitahukan kepada pasien atau keluarganya :  /  /  (tgl/bln/thn)  
Date of diagnose was made known to the (dd/mm/yy)

patient or his/her family

Jenis serta hasil pemeriksaan fisik/pemeriksaan penunjang lainnya (rontgen/hasil PA/CT-Scan, dll):  
Physical examination result or other examination result (X-ray/clinical pathology/CT-Scan, etc):

Penyebab diagnosa tersebut:  
Underlying disease of that diagnose:

Tanggal pertama kali diketahui penyebab  
diagnosa tersebut :  /  /  (tgl/bln/thn)  
Date of the first time the underlying disease  
was diagnosed (dd/mm/yy)

Apakah ada terapi atau penanganan yang berbeda dari konsultasi sebelumnya pada pasien ini?  
Are there any different treatment that she/he received?

Kondisi apa yang berbeda dari konsultasi sebelumnya pada pasien ini?  
What condition are different from the previous consultation on this patient?

Peningkatan kondisi apa yang terjadi pada pasien ini sejak rehabilitasi dilakukan sampai dengan saat ini?  
What are the improvements from rehabilitation until now?

Tanggal terakhir pasien ini melakukan  
program rehabilitasi medik :  /  /  (tgl/bln/thn)  
Date of the patient last underwent  
rehabilitation program (dd/mm/yy)

Apakah pasien ini mengalami kehilangan/kehilangan fungsi atas  
Does the patient loss or loss of function of:

1. Kedua lengan atau kedua tungkai (tidak termasuk tangan dan kaki):  
Both arms or both legs (excluding hand and foot):
2. Satu lengan dan satu kaki (tidak termasuk tangan dan kaki):  
One arm and one legs (excluding hand and foot):
3. Satu lengan atau satu kaki (tidak termasuk tangan dan kaki):  
One arm or one legs (excluding hand and foot):
4. Pengelihatn kedua mata:  
Sight in both eyes:
5. Pengelihatn satu mata :  
Sight in one eye:
6. Pendengaran kedua telinga:  
Hearing in both ears:
7. Pendengaran satu telinga:  
Hearing in one ear:
8. Kemampuan bicara:  
Ability to speech:

- |                          |           |                          |             |
|--------------------------|-----------|--------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | Ya<br>Yes | <input type="checkbox"/> | Tidak<br>No |
| <input type="checkbox"/> | Ya<br>Yes | <input type="checkbox"/> | Tidak<br>No |
| <input type="checkbox"/> | Ya<br>Yes | <input type="checkbox"/> | Tidak<br>No |
| <input type="checkbox"/> | Ya<br>Yes | <input type="checkbox"/> | Tidak<br>No |
| <input type="checkbox"/> | Ya<br>Yes | <input type="checkbox"/> | Tidak<br>No |
| <input type="checkbox"/> | Ya<br>Yes | <input type="checkbox"/> | Tidak<br>No |
| <input type="checkbox"/> | Ya<br>Yes | <input type="checkbox"/> | Tidak<br>No |
| <input type="checkbox"/> | Ya<br>Yes | <input type="checkbox"/> | Tidak<br>No |

Apakah pasien ini dapat melakukan aktifitas sehari-hari tanpa bantuan sepenuhnya dari alat bantu mekanik atau orang lain?  
Is the patient able to do his/her activities with his/her current condition, without support from mechanical tool or assistance?

- |   |                                    |                                      |
|---|------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Mandi:<br>Bathing:   | <input type="checkbox"/> Ya<br>Yes | <input type="checkbox"/> Tidak<br>No |
| 2. Makan:<br>Eating:  | <input type="checkbox"/> Ya<br>Yes | <input type="checkbox"/> Tidak<br>No |
| 3. Berpakaian:<br>Dressing:   | <input type="checkbox"/> Ya<br>Yes | <input type="checkbox"/> Tidak<br>No |
| 4. Menggunakan toilet:<br>Sight in both eyes:   | <input type="checkbox"/> Ya<br>Yes | <input type="checkbox"/> Tidak<br>No |
| 5. Naik/turun dari tempat tidur/kursi:<br>Get on/off the bed/chair:                     | <input type="checkbox"/> Ya<br>Yes | <input type="checkbox"/> Tidak<br>No |
| 6. Mengangkat:<br>Lifting:  | <input type="checkbox"/> Ya<br>Yes | <input type="checkbox"/> Tidak<br>No |
| 7. Berdiri:<br>Standing:  | <input type="checkbox"/> Ya<br>Yes | <input type="checkbox"/> Tidak<br>No |
| 8. Berpindah ruangan:<br>Moving around from one room to another room on the same floor: | <input type="checkbox"/> Ya<br>Yes | <input type="checkbox"/> Tidak<br>No |

Saya sebagai dokter yang merawat pasien di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar  
I as a doctor who treated the patient, certify that I have read and answered the above questions completely and correctly

Nama Dokter : \_\_\_\_\_  
Name of Doctor

Nama Rumah Sakit : \_\_\_\_\_  
Name of Hospital

Alamat Rumah Sakit : \_\_\_\_\_  
Address of Hospital

Ditandatangani di : \_\_\_\_\_  
Signed ini

Tanggal : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (tgl/bln/thn) / (dd/mm/yy)  
Date

DOKTER DOCTOR
<hr/> <p>Tanda Tangan dan Nama Jelas Signature and Full Name</p>

CAP RUMAH SAKIT/KLINIK HOSPITAL/CLINIC STAMP
<hr/> <p>Tanda Tangan dan Nama Jelas Signature and Full Name</p>