

- 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

FORMULIR KLAIM MENINGGAL DUNIA - ASURANSI INDIVIDU DEATH CLAIM FORM - INDIVIDUAL INSURANCE

KLAIM APA YANG INGIN ANDA AJUKAN?

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

1. Meninggal Dunia/Death Benefit 2. Pembebasan Premi untuk Pembayar Polis/Payor Benefit

Nomor Polis atau Sertifikat :
Policy or Certificate Number

1 DATA YANG MENGAJUKAN KLAIM DATA OF THE CLAIMANT

Nama Lengkap/Full Name :

Alamat/Address :

Kota/City :

Negara/Country :

Kode Pos/Zip Code :

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.

Jenis Identitas yang Dilampirkan : KTP ID Card Paspor (khusus WNA) Passport (Foreigner only) KK / Akte Lahir* Family Card / Birth Certificate * Jika < 17 tahun If < 17 years old

Kewarganegaraan : WNI Indonesian WNA, Negara: _____
Nationality Foreigner, Country

Negara Kelahiran :
Country of Birth

2 DATA TERTANGGUNG ATAU PESERTA DATA OF THE INSURED OR PARTICIPANT

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

Penyebab Meninggal Dunia : Sakit Illness Kecelakaan Accident Lain-lain, _____
Cause of Death Others

Negara Kelahiran
Country of Birth :

Tanggal Meninggal Dunia
Date of Death : / / (tanggal/bulan/tahun) / (dd/mm/yyyy)

Tempat Meninggal Dunia
Place of Death Rumah Sakit
Hospital Rumah
Home Lain-lain,
Others _____

Apakah Tertanggung/Tanggung/Peserta/Peserta Tambahan diasuransikan di perusahaan asuransi lain?
Is the Insured / Dependent / Participant / Additional Participant insured by other insurance companies? Ya
Yes Tidak
No

Jika Ya: / If Yes:

Nama Perusahaan Asuransi
Name of Insurance Company :

Nomor Polis
Policy Number :

3 INFORMASI REKENING BANK PENERIMA PEMBAYARAN KLAIM INFORMATION OF BANK ACCOUNT FOR CLAIM PAYMENT

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

Mata Uang
Currency : Rupiah USD

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

Pembayaran harus ditujukan kepada Pemegang Polis dan/atau Yang Ditunjuk/Penerima Manfaat. Jika tidak, mohon agar Pemegang Polis dan/atau Yang Ditunjuk/Penerima Manfaat membuat surat kuasa kepada yang diberi 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 and/or Beneficiary. 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.

4 KETERANGAN TAMBAHAN ADDITIONAL INFORMATION

Apakah Pemegang Polis dan/atau Yang Ditunjuk/Penerima Manfaat sedang atau pernah memegang jabatan di Lembaga pemerintahan, Lembaga Negara, dan/atau Partai Politik di dalam atau di luar negeri? Ya
Yes Tidak
No
Does Policyholder and/or Beneficiary is or was holding positions in the Government Agencies, State Institutions, and/or Political party in domestic or overseas ?

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

Nama : _____ Masa jabatan : _____
Name : _____ Term of Service : _____

Institusi : _____ Negara : _____
Institution : _____ Country : _____

Posisi : _____
Position : _____

Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA)

Apakah Pemegang Polis dan/atau Yang Ditunjuk/Penerima Manfaat adalah (i) warga negara Amerika Serikat, (ii) Non Wajib Pajak Amerika Serikat namun wajib membayar pajak ke Amerika Serikat (karena merupakan pemegang green card Amerika Serikat atau telah menetap di Amerika Serikat untuk suatu waktu tertentu)/Resident Alien* Amerika Serikat, atau (iii) Wajib Pajak Amerika Serikat?

Ya
Yes Tidak
No

Is Policyholder and/or Beneficiary a United States Citizen, a United States Resident Alien* (green card holder) or a United States Resident?

Common Reporting Standard (CRS)

Apakah Pemegang Polis dan/atau Yang Ditunjuk/Penerima Manfaat adalah domisili wajib pajak** di negara/yurisdiksi di luar Indonesia dan Amerika Serikat?

Ya
Yes Tidak
No

Is Policyholder and/or Beneficiary a resident for tax purposes** in countries/jurisdictions outside Indonesia and United States?

Jika Ya, mohon tuliskan semua negara/yurisdiksi dimana Pemegang Polis dan/atau Yang Ditunjuk/Penerima Manfaat adalah domisili wajib pajak** dan nomor identifikasi wajib pajak (TIN) terkait di Formulir Tambahan terkait dengan CRS.

If Yes, please list all countries/jurisdictions where Policyholder and/or Beneficiary is a resident for tax purposes** and the associated taxpayer identification number (TIN) in Additional Form related to CRS.

Jika Pemegang Polis dan/atau Yang Ditunjuk/Penerima Manfaat menjawab "Tidak" pada deklarasi FATCA dan/atau CRS di atas tetapi Pemegang Polis dan/atau Yang Ditunjuk/Penerima Manfaat memiliki informasi berikut:

If the Policyholder and/or Beneficiary answered "No" to the declaration of FATCA and/or CRS above but Policyholder and/or Beneficiary have the following information:

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| a. Identitas sebagai penduduk di negara/yurisdiksi di luar Indonesia
Identification as a resident of other country/jurisdiction outside Indonesia | d. Nomor telepon di negara/yurisdiksi di luar Indonesia
Telephone numbers in other country/jurisdiction outside Indonesia |
| b. Kewarganegaraan di negara/yurisdiksi di luar Indonesia
Nationality/citizenship in other country/jurisdiction outside Indonesia | e. Rekening di negara/yurisdiksi di luar Indonesia
Bank account other in country/jurisdiction outside Indonesia |
| c. Alamat terkini di negara/yurisdiksi di luar Indonesia
Current address in other country/jurisdiction outside Indonesia | |

Mohon memberikan penjelasan alasan Pemegang Polis dan/atau Yang Ditunjuk/Penerima Manfaat bukan merupakan domisili wajib pajak di negara/yurisdiksi sesuai dengan informasi di atas pada kolom yang disediakan di bawah ini:

Please provide an explanation of reasons Policyholder and/or Beneficiary is not a resident for tax purposes** in the country/ jurisdiction in accordance with the above information in the space provided below:

Penjelasan *** / Explanation *** :

Catatan / Note:

* Sesuai dengan ketentuan FATCA (lebih lanjut secara rinci dapat diperoleh melalui website IRS di www.irs.gov), Pemegang Polis dan/atau Yang Ditunjuk/Penerima Manfaat dianggap sebagai Resident Aliens US untuk tujuan pajak jika Pemegang Polis dan/atau Yang Ditunjuk/Penerima Manfaat memenuhi baik green card test atau substantial presence test untuk tahun kalender (1 Januari - 31 Desember).

In accordance with the FATCA provisions (details can be obtained through the IRS website at www.irs.gov), the Policyholder and/or Beneficiary are Resident Aliens US for tax purposes if the Policyholder and/or Beneficiary meet either the green card test or the substantial presence test for the calendar year (1 January - 31 December).

** Masing-masing yurisdiksi memiliki aturan tersendiri dalam menentukan domisili wajib pajak. Pada umumnya, domisili wajib pajak adalah negara dimana tempat Anda tinggal. Kondisi tertentu (seperti sekolah di luar negeri, bekerja di luar negeri, atau perjalanan yang diperpanjang) dapat menyebabkan Anda menjadi wajib pajak negara lain atau menjadi wajib pajak di lebih dari satu negara pada waktu yang bersamaan (wajib pajak berganda). Negara/negara-negara di mana Anda membayar pajak penghasilan mungkin menjadi negara/negara-negara domisili wajib pajak Anda. Untuk informasi lebih lanjut terkait domisili wajib pajak, mohon berkonsultasi dengan konsultan pajak Anda atau Anda dapat langsung mengakses tautan di bawah ini masing-masing terkait FATCA dan CRS pada <https://www.irs.gov/> dan <http://www.oecd.org/tax/automatic-exchange/crs-implementation-and-assistance>.

Each jurisdiction has its own rules for defining tax residence. In general, tax residence is the country in which you live. Special circumstances (such as studying abroad, working overseas, or extended travel) may cause you to be resident elsewhere or resident in more than one country at the same time (multiple residencies). The country/countries in which you pay income tax are likely to be your country/countries of tax residence. For more information on tax residence, please consult your tax adviser or the information at the following link for FATCA and CRS at <https://www.irs.gov/> and <http://www.oecd.org/tax/automatic-exchange/crs-implementation-and-assistance/respectively>.

*** Jika informasi Pemegang Polis dan/atau Yang Ditunjuk/Penerima Manfaat terkait dengan negara Amerika Serikat (US Indicia), mohon juga melengkapi formulir W-8BEN dan melengkapi pertanyaan di bawah ini:

If the Policyholder and/or Beneficiary information related to United States (US indicia), please also complete form W-8BEN and complete the following questions:

Apakah Pemegang Polis dan/atau Yang Ditunjuk/Penerima Manfaat sedang atau pernah mendapatkan izin bekerja di Amerika Serikat (US Working Permit)?

The Policyholder and/or Beneficiary has or has obtained the US working permit?

Ya
Yes Tidak
No

Jika Ya, mohon memberikan tambahan informasi melalui pernyataan berikut ini:

If yes, please provide additional information through the following statement:

Saya menyatakan bahwa Saya sedang atau pernah bekerja di Amerika Serikat dengan menggunakan visa

I hereby certify that I am working or have worked in the US with visa

(_____)

(mohon mencantumkan jenis visa Pemegang Polis dan/atau Yang Ditunjuk/Penerima Manfaat)

(please specify the type of Policyholder and/or Beneficiary visa)

Dan tidak pernah menjadi warga negara Amerika Serikat atau permanen resident alien (pemegang green card US).

And never become a US Citizen or Permanent Resident Alien (US green card holder).

5 PERNYATAAN DAN KUASA DATA PRIVASI PRIVACY WAIVER CONSENT

PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia ("Manulife") memahami bahwa privasi dan penggunaan informasi pribadi Pemegang Polis dan/atau Yang Ditunjuk/Penerima Manfaat ("Anda") merupakan hal yang penting bagi Anda dan Manulife memastikan bahwa hal tersebut juga sama pentingnya bagi Manulife. Pengumpulan dan penggunaan informasi pribadi Anda merupakan hal yang penting bagi bisnis Manulife karena memungkinkan Manulife untuk mengevaluasi, menerbitkan dan mengadministrasi Polis yang telah Anda ajukan sekaligus memungkinkan Manulife untuk mematuhi ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia ("Manulife") understands that the privacy and the use of the Policyholder and/or Beneficiary ("you/your") personal information are important to you and Manulife assures you that it is equally important to us. The collection and use of your personal information are fundamental to our business as it allows us to evaluate, issue and administer the Policy that you have applied and also allows Manulife to comply with the prevailing regulations.

- Anda mengerti bahwa Manulife adalah anggota perusahaan dari Manulife Financial Group dan karenanya mempunyai kewajiban untuk memenuhi ketentuan baik dari badan pemerintahan lokal maupun asing (termasuk aparat perpajakan lokal dan asing) serta kewajiban hukum lainnya dari waktu ke waktu terkait dengan tetapi tidak terbatas pada pembagian informasi dan pelaporan pajak dan pemotongan atas pembayaran yang harus dibayarkan kepada Anda dari Manulife dari waktu ke waktu ("ketentuan hukum dan peraturan perundangundangan").

You understand that Manulife is a member company of the Manulife Financial Group and consequently, it obliges to comply with the regulations, both issued by local or foreign government authorities (including local and foreign tax authorities) as well as other legal obligations, from time to time, relating to, but not limited to, information sharing and tax reporting and withholding of any payments due to you from Manulife from time to time ("regulatory and legal requirements").

- Anda dengan ini menyetujui penggunaan informasi yang Anda berikan kepada Manulife dan bahwa Anda akan memberikan kepada Manulife informasi yang Manulife minta dari waktu ke waktu serta mengizinkan Manulife untuk memberikan informasi Anda tersebut kepada pihak berwenang baik lokal maupun asing (termasuk aparat perpajakan lokal dan asing) dan afiliasi, perusahaan induk atau grup Manulife untuk memenuhi ketentuan hukum dan peraturan perundangundangan yang berlaku.

You hereby grant your consent to the use of information provided by you to Manulife and that you will provide Manulife with information that Manulife may request from time to time and allow Manulife to share such information with local or foreign authorities (including local and foreign tax authorities) and Manulife affiliation, holding company or group for the purpose to comply with the prevailing laws and regulations.

- Anda akan memberitahukan Manulife dalam waktu 30 (tiga puluh) hari kalender atau sesegera mungkin atas segala perubahan dari informasi yang telah Anda berikan kepada Manulife, termasuk setiap kondisi yang dapat menyebabkan perubahan status wajib pajak Anda seperti perubahan tempat tinggal, alamat, nomor telepon dan kewarganegaraan.

You will notify us, Manulife, within 30 (thirty) calendar days or as soon as possible of any change in the information that you have provided to Manulife, including any circumstances that would result in a change on your taxpayer status such as any change in your residence, address, telephone number and citizenship.

- Anda dengan ini melepaskan hak-hak yang mungkin Anda miliki yang mungkin dapat mencegah Manulife untuk memenuhi ketentuan hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku di atas.

You hereby waive any rights you may have that would prevent Manulife in complying with the prevailing laws and regulations as abovementioned.

- Anda mengerti dan setuju bahwa Manulife dapat memotong pembayaran kepada Anda; atau Manulife dapat menunda atau mengakhiri Polis Anda jika Anda (atau setiap pengganti atau penerima pembayaran yang diatur dalam Polis Anda) gagal untuk memberikan informasi yang diperlukan dalam formulir klaim ini jika pada setiap waktu Anda (atau setiap pengganti atau penerima pembayaran yang diatur dalam Polis Anda) menarik persetujuan atau menyanggah pernyataan yang diberikan dalam formulir klaim ini.

You understand and agree that Manulife can withhold on payments to you; or suspend or terminate your Policy if you (or any successor or payee under your Policy) fail to provide the information required in this claim form or if at any time you (or any successor or payee under your Policy) withdraw the consent or contest the declarations provided in this claim form.

6 PERNYATAAN DAN KUASA STATEMENT AND POWER ATTORNEY

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/YANG DITUNJUK/PEMERIMA MANFAAT
POLICYHOLDER/BENEFICIARY

Nama Jelas dan Tanda Tangan
Full Name and Signature

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 TO BE ATTACHED IN CLAIM SUBMISSION:

- Surat Keterangan Dokter yang telah diisi (bagian dari formulir klaim ini) / *Filled Attending Physician's Statement (part of this claim form)*
- Polis / *Policy*
- Surat Keterangan Pemeriksaan Mayat/Kematian dari Puskesmas/Dinas Kesehatan/Rumah Sakit / *Death Certificate from Public Health Service/Hospital*
- Surat Keterangan Meninggal Dunia dari Pamong Praja / *Death Certificate from Civil Service*
- Kartu Identitas dari "Yang Ditunjuk/Penerima Manfaat" untuk menerima Manfaat Pertanggungan / *Identity card of the Beneficiary*

DOKUMEN KLAIM TAMBAHAN / ADDITIONAL CLAIM DOCUMENTS

Untuk meninggal dunia karena Kecelakaan/Sebab Tidak Wajar / *For death due to Accident or Unnatural Cause:*

- Surat Keterangan dari Kepolisian dan Koran (jika ada) / *Police Report & Newspaper Clipping (if any)*

Bila diajukan oleh selain Yang Ditunjuk: / *If filed other than by the Beneficiary:*

- Surat kuasa pengajuan klaim beserta identitas yang mengajukan klaim / *Proxy to submit claim and the claimant's ID*

Bila diperlukan / *If necessary :*

Bukti Pendukung / *Proof of Insurability:*

1. Saudara Kandung / *Siblings* : Akta Lahir Saudara Kandung dan Akta Lahir Tertanggung / *Sibling's Birth Certificate & Insured's Birth Certificate*
2. Orang Tua / *Parents* : Akta Kelahiran Tertanggung / *Insured's Birth Certificate*
3. Anak / *Children* : Akta Kelahiran / *Birth Certificate*

- ISI/LINGKAPI/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

Anamnesa ; Riwayat Penyakit
History of the disease:

Tanggal gejala atau keluhan pertama kali diketahui oleh pasien
The date of the symptoms or complains occurred the first time : / / (tanggal/bulan/tahun) / (dd/mm/yyyy)

Tanggal pertama kali konsultasi
Date of first consultation : / / (tanggal/bulan/tahun) / (dd/mm/yyyy)

Jenis serta hasil pemeriksaan sik, lab, rontgen, CT scan, hasil PA dll yang dilakukan
Physical examination type and result, (lab, X/ray, CT scan, Clinical Pathology Result, etc):

Diagnosa, atau dugaan diagnosa / Diagnose or Pre diagnose:

Penyebab Kematian / Cause of Death:

Penyebab Kematian Cause of Death	: 1. Penyebab Kematian Cause of Death:	: <input type="checkbox"/> Ya / <input type="checkbox"/> Tidak Yes No	3. Sakit Illness	: <input type="checkbox"/> Ya / <input type="checkbox"/> Tidak Yes No
	2. Obat Terlarang Drug Abuse	: <input type="checkbox"/> Ya / <input type="checkbox"/> Tidak Yes No	4. Bunuh Diri Suicide	: <input type="checkbox"/> Ya / <input type="checkbox"/> Tidak Yes No

Nama dan Alamat Dokter yang pernah merawat/ merujuk untuk penyakit terakhirnya
Names and address of all physicians who attended the deceased in his last illness

No. No.	Nama Dokter Name of Physicians	Alamat Address	Tanggal Pemeriksaan Date of Attended

Jelaskan secara rinci penyakit lain yang pernah diderita tertanggung / Give details of any other illness ever suered by the deceased:

Apakah Anda pernah merawat/memberikan konsultasi medis kepada Pasien sebelumnya?
Have you ever give medical advice or treat the patient before?

Ya
Yes Tidak
No

Bila "YA", jawab pertanyaan A dan B / If "YES", please answer A and B.

A. Tanggal Perawatan : / / (tanggal/bulan/tahun) / (dd/mm/yyyy)
Date of Birth

B. Diagnosa :
Diagnose

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

Nama Dokter :
Name of Physicians

Nama Rumah Sakit :
Name of Hospital

Alamat Rumah Sakit :
Address of Hospital

Ditandatangani di : _____
Signed ini

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

DOKTER PHYSICIAN	CAP RUMAH SAKIT / KLINIK HOSPITAL / CLINIC STAMP
<hr/> <p>Tanda Tangan / Nama Dokter dan No. SIP Dokter Signature / Name of the Phisician and Physician SIP Number</p>	