

Part 2: to be completed by the attending physician Bagian 2: Diisi oleh Dokter yang merawat				
General Information Keterangan Umum	1. Name of patient (insured person) Nama Pasien / Tertanggung .		6. Address of attending physician Alamat Rumah Sakit .	
	2. Age Usia .	3. Sex Jenis Kelamin <input type="checkbox"/> Male Pria <input type="checkbox"/> Female Wanita	City Kota .	
	4. Name of attending physician Nama Dokter yang merawat .		Postal Code Kode Pos .	Telephone Telepon .
	5. Name of hospital Nama Rumah Sakit .		Fax Fax .	
Diagnosis Diagnosa	1. What is the diagnosis resulting in hospitalization? Diagnosa apa sehingga Perawatan di Rumah Sakit dibutuhkan? .		5. Are the conditions congenital? Apakah keadaan/penyakit bawaan? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Ya Tidak	
	2. Is this hospitalization the result of an accident? Apakah Perawatan di Rumah Sakit merupakan akibat dari Kecelakaan? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Ya Tidak (If "Yes", please indicate) (Jika jawabannya "Ya", mohon dicantumkan) .		6. Did the insured person have any prior treatment for this condition? Apakah Tertanggung pernah mendapat perawatan sebelumnya untuk keadaan/penyakit ini? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Ya Tidak (If "Yes", please indicate) (Jika jawabannya "Ya", mohon dicantumkan) .	
	3. Please give history of this condition Berikan penjelasan dari kondisi di atas .		7. What treatment was given and when? Perawatan apa yang diberikan dan sejak kapan? .	
	4. How is the prognosis? Bagaimana prognosanya? .		since sejak tahun .	
Treatment during stay in hospital Perawatan selama di Rumah Sakit	1. If surgical operation was involved, please indicate type of operation Jika dilakukan pembedahan, sebutkan jenis pembedahannya .		from date sejak	
	2. What other treatment was provided during stay in hospital? Apa perawatan lain yang diberikan selama dirawat di Rumah Sakit? .		until date sampai	
	3. The insured person was/is not fit to travel Tertanggung tidak dalam kondisi fit untuk melakukan perjalanan			
Hospital Confinement Periode Perawatan di Rumah Sakit	1. Date and time of admission Tanggal dan waktu masuk Rumah Sakit (DD/MM/YYYY) time (TT/BB/THTH) pukul		2. Date and time of discharge Tanggal dan waktu keluar Rumah Sakit (DD/MM/YYYY) time (TT/BB/THTH) pukul	
Physician's Declaration Pernyataan Dokter	I, the attending physician, hereby certify to the best of my knowledge, that the information provided in this claim form is complete and correct.		Saya, dokter yang merawat, dengan ini menyatakan bahwa keterangan tersebut di atas adalah lengkap dan benar.	
Signature Tanda Tangan	Place and date Tempat dan tanggal penandatanganan .			
	Signature of the physician Tanda tangan Dokter .		Stamp and signature of the hospital Stempel dan tanda tangan Rumah Sakit .	