AIA Syariah

No. Polis Syariah / Syariah Policy No : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Diisi pasien / *Filled by patient*

FORMULIR SANTUNAN KLAIM PENYAKIT KRITIS (Diisi oleh Dokter yang merawat)

CRITICAL ILLNESS CLAIM BENEFIT FORM (To be filled out by Attending Physician)

PT AIA SYARIAH INSURANCE merupakan Perusahaan Asuransi Syariah jiwa terkemuka yang terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan
(PT AIA SYARIAH INSURANCE is a leading life Syariah Insurance Company registered and supervised by Financial Service Authority)

Nama Pihak yang diasuransikan *(Name of Insured)* Tanggal lahir / usia *(Date of birth / age)*	..... / ..... / ..... *tanggal (dd) bulan (mm) tahun (yy)* Tahun ☐☐ *(years)* ☐ Laki-laki *(Male)* ☐ Wanita *(Female)*
Nomor rekam medis *(Medical report number)*	

Santunan Klaim yang diajukan untuk penyakit di bawah ini
(The Claim Benefit is being filed for the following illness)

(Mohon memberikan tanda (v) pada kolom yang sesuai dengan kondisi Penyakit Kritis dan mengisi dengan lengkap pertanyaan sesuai dengan nomornya)
(Please tick (v) as appropriate to the column denoting conditions of Critical Illness and answer the questions according to the numbers)

Tipe Santunan Klaim penyakit kritis
(Type of critical illness)

☐ 1. PENYAKIT KRITIS
(CRITICAL ILLNESS)
☐ 2. PENYAKIT KRITIS AMANI / SOFI
(AMANI / SOFI CRITICAL ILLNESS)

Penyakit Kritis
(Critical illness)

Bagian I Penyakit Infeksi dan parasit tertentu
(Section I Certain infectious and parasitic diseases)

☐ I.1. POLIOMIELITIS
(POLIOMYELITIS)
☐ I.2. VIRUS ENSEFALITIS
(ENCEPHALITIS VIRUS)
☐ I.3. Penyakit SAPI GILA
(CREUTZFELDT – JAKOB DISEASE)
☐ I.4. Penyakit KAKI GAJAH
(ELEPHANTIASIS)
☐ I.5. DEMAM BERDARAH AKUT
(DENGUE HAEMORRAGIC FEVER)
☐ I.6. Penyakit TANGAN, KAKI DAN MULUT DENGAN KOMPLIKASI
(HAND, MOUTH, AND FOOT DISEASE WITH COMPLICATION)
☐ I.7. HIV (Human Immunodeficiency Virus)
(HIV)
☐ I.8. AIDS (Acquired Immuno-deficiency)
(AIDS)

Bagian II Neoplasma
(Section II Neoplasms)

☐ II.1. KANKER
(CANCER)
☐ II.2. TUMOR OTAK /
(BRAIN TUMOR)

Bagian III Penyakit kelainan darah dan organ penyusun sel darah dan beberapa gangguan mekanisme kekebalan
(Section III Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism)

☐ III.1. ANEMIA APLASTIK
(APLASTIC ANAEMIA)
☐ III.2. Hemofilia Berat
(Severe Hemophilia)

Bagian IV Penyakit endoktrin, nutrisi dan metabolic
(Section IV Endocrine, nutritional and metabolic diseases)

☐ IV.1. INSUFISIENSI ADRENAL
(ADRENAL INSUFFICIENCY)
☐ IV.2. INSULIN DEPENDENT DIABETES MELLITUS
(INSULIN DEPENDENT DIABETES MELLITUS)
☐ IV.3. Penyakit WILSON
(WILSON DISEASE)

Bagian V Penyakit sistem saraf
(Section V Diseases of the nervous system)

☐ V.1. PARALISIS/PARAPLEGIA
(PARALYSIS/PARAPLEGIA)
☐ V.2. Penyakit PARKINSON
(PARKINSON'S DISEASE)
☐ V.3. Penyakit ALZHEIMER
(ALZHEIMER'S DISEASE)
☐ V.4. MENINGITIS BAKTERI
(BACTERIAL MENINGITIS)
☐ V.5. Penyakit MOTOR NEURON
(MOTOR NEURON DISEASE)
☐ V.6. SKLEROSIS MULTIPEL
(MULTIPELE SCLEROSIS)
☐ V.7. DISTROFI MUSKULAR
(MUSCULAR DYSTROPHY)
☐ V.8. AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS
(AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS)
☐ V.9. SINDROM APALLIC
(APALLIC SYNDROME)
☐ V.10. MYASTHENIA GRAVIS
(MYASTHENIA GRAVIS)
☐ V.11. BULBAR PALSY PROGRESIF
(PROGRESSIVE BULBAR PALSY)
☐ V.12. ATROFI MUSKULAR
(ATROPHY MUSCULAR)
☐ V.13. EPILEPSI
(EPILEPSY)
☐ V.14. Multiple Avulsi Akar Pleksus Brakialis
(Multiple Brachial Plexus Root Avulsion)
☐ V.15. Sindrom Guillain-Barré
(Guillain-Barré syndrome)

Bagian VI Penyakit mata dan adnexa
(Section VI Diseases of the eye and adnexa)

☐ VI.1. KEBUTAAN / BLINDNESS
(LOSS OF SIGHT)
☐ VI.2. Kelumpuhan Supranuklear Progresif
(Progressive supranuclear)

Bagian VII Penyakit telinga dan mastoiditis
(Section VII Diseases of the ear and mastoid process)

☐ VII.1. TULI/KEHILANGAN PENDENGARAN
(DEAFNESS/HEARING LOSS)

Bagian VIII Penyakit sistem sirkulasi jantung
(Section VIII Diseases of the circulatory system)

☐ VIII.1. SERANGAN JANTUNG
(HEART ATTACK)
☐ VIII.2. HIPERTENSI ARTERI PULMONAL
(ARTERIAL PULMONARY HYPERTENSION)
☐ VIII.3. OPERASI AORTA
(AORTA SURGERY)
☐ VIII.4. KARDIOMIOPATI
(CARDIOMYIOPATHY)
☐ VIII.5. Penyakit EISENMERGER
(EISENMERGER DISEASE)
☐ VIII.6. DEMAM REMATIK DENGAN PELEMAHAN KATUP JANTUNG
(RHEUMATIC FEVER)
☐ VIII.7. Penyakit Arteri Koroner Serius Lainnya
(Diseases of other serious coronary arteries)
☐ VIII.8. Infeksi Endokartitis Berat
(Severe Endocarditis Infection)
☐ VIII.9 STROKE
(STROKE)

Bagian IX Penyakit sistem pernafasan
(Section IX Diseases of the respiratory system)

☐ IX.1. Penyakit PARU KRONIK
(CHRONIC LUNG DISEASE)
☐ IX.2. ASMA BERAT
(ASTHMA)
☐ IX.3. Fibrosis Paru Berat
(Pulmonary Fibrosis)

Bagian IX Penyakit sistem pernafasan
(Section IX Diseases of the respiratory system)

- ☐ IX.1. Penyakit PARU KRONIK *(CHRONIC LUNG DISEASE)*
- ☐ IX.2. ASMA BERAT *(ASTHMA)*
- ☐ IX.3. Fibrosis Paru Berat *(Pulmonary Fibrosis)*

Bagian X Penyakit sistem pencernaan
(Section X Diseases of the digestive system)

- ☐ X.1. Penyakit HATI KRONIK *(CHRONIC LIVER DISEASE)*
- ☐ X.2. HEPATITIS VIRUS FULMINAN *(FULMINANT HEPATITIS)*
- ☐ X.3. Penyakit PANKREAS KRONIS *(CHRONIC PANCREATIC DISEASE)*
- ☐ X.4. Penyakit CROHN *(CROHN DISEASE)*
- ☐ X.5. ULSERATIF KOLITIS *(ULCERATIVE COLITIS)*
- ☐ X.6. Reseksi usus kecil keseluruhan (duodenum, jejunum dan ilium) *(Small bowel resection (duodenum, jejunum and ilium))*
- ☐ X.7. Pankreatitis Necro-Hemoragik Akut *(Acute Necrohemorrhagic pancreatitis)*

Bagian XI Penyakit sistem muskuloskeletal dan jaringan konektif
(Section XI Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue)

- ☐ XI.1. LUPUS ERITEMATOSUS SISTEMIK *(SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS)*
- ☐ XI.2. OPERASI SKOLIOSIS IDIOPATIK *(IDIOPATIC SCOLIOSIS OPERATION)*
- ☐ XI.3. Penyakit KAWASAKI *(KAWASAKI DISEASE)*
- ☐ XI.4. NECROTISING FASCITIS *(FASIITIS NEKROTIKAN)*
- ☐ XI.5. OSTEOPOROSIS *(OSTEOPOROSIS)*
- ☐ XI.6. SKLERODERMA PROGRESIF *(PROGRESSIVE SCLERODERMA)*
- ☐ XI.7. REMATIK ARTRITIS *(RHEMATOID ARTHRITIS)*
- ☐ XI.8. Atrofi Otot Tulang Belakang *(Spinal Muscular Athrophy)*
- ☐ XI.9. Arthritis Idiopatik Sistemik Pada Anak *(Juvenile Idiopathic Arthritis)*

Bagian XII Penyakit sistem genetourinaria
(Section XII Diseases of the genitourinary system)

- ☐ XII.1. GAGAL GINJAL *(KIDNEY FAILURE)*
- ☐ XII.2. SINDROM NEFROTIK *(NEPHROTIC SYNDROME)*

Bagian XIII Malformasi, deformasi dan kelainan kromosomal congenital
(Section XIII Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities)

- ☐ XIII.1. Penyakit KISTA MEDULER *(MEDULLARY CYST DISEASE)*

Bagian XIV Symptom, tanda dan temuan klinis dan laboratorium abnormal selain di atas
(Section XIV Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified)

- ☐ XIV.1. KOMA *(COMA)*
- ☐ XIV.2. KEHILANGAN KEMAMPUAN BERBICARA *(LOSS OF SPEECH)*
- ☐ XIV.3. HILANGNYA KEMAMPUAN HIDUP MANDIRI *(LOSS OF ABILITY TO LIVE INDEPENTLY)*

Bagian XV Cedera, keracunan dan beberapa konsekuensi sebab luar
(Section XV Injury, poisoning and certain other consequences of external causes)

- ☐ XV.1. LUKA BAKAR *(BURN INJURY)*
- ☐ XV.2. Cedera/TRAUMA KEPALA *(HEAD INJURY/TRAUMA)*

Bagian XVI Sebab luar morbiditas dan mortalitas
(Section XVI External causes of morbidity and mortality)

- ☐ XVI.1. OPERASI KATUP JANTUNG *(HEART VALVE SURGERY)*
- ☐ XVI.2. BEDAH OTAK MAJOR *(MAJOR BRAIN SURGEON)*

Bagian XVII Faktor-faktor yang mempengaruhi status kesehatan dan kunjungan ke layanan kesehatan
(Section XVII Factors influencing health status and contact with health services)

- ☐ XVII.1. TRANSPLANTASI ORGAN UTAMA *(MAJOR ORGAN TRANSPLANTATION)*
- ☐ XVII.2. Angioplasty/Coronary Artery By-pass Surgery *(Angioplasti / Bedah Pintas Arteri Koroner)*
- ☐ XVII.3. KEHILANGAN ANGGOTA GERAK *(LOSS OF LIMBS)*

Penyakit kritis AMANI / SOFI
(AMANI / SOFI critical illness)

- ☐ **Bagian I SISTEM ORGAN JANTUNG & PEMBULUH DARAH** ***(Section I HEART & BLOOD VESSEL ORGAN SYSTEM)***
- ☐ **Bagian II SISTEM ORGAN PERNAPASAN** ***(Section II RESPIRATORY ORGAN SYSTEM)***
- ☐ **Bagian III SISTEM ORGAN GINJAL** ***(Section III KIDNEY ORGAN SYSTEM)***
- ☐ **Bagian IV SISTEM ORGAN SARAF** ***(Section IV THE SYSTEM OF NERVOUS ORGAN)***
- ☐ **Bagian V SISTEM INDRA** ***(Section V SENSING SYSTEM)***
- ☐ **Bagian VI SISTEM ORGAN HATI DAN LIVER** ***(Section VI CARDIAC AND LIVER ORGAN SYSTEM)***
- ☐ **Bagian VII KETIDAKMAMPUAN** ***(Section VII DISABILITY)***
- ☐ **Bagian VIII KANKER** ***(Section VIII CANCER)***
- ☐ **Bagian IX SERANGAN JANTUNG** ***(Section IX HEART ATTACK)***

INFORMASI UMUM
(GENERAL INFORMATION)

a. Apakah Anda adalah Dokter yang merawat? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Are you the Insured's attending physician?)

b. Sejak kapan pertama kali Pihak yang diasuransikan konsultasi untuk Penyakit ini? ...../ ..... / .....
(On which date the Insured first consulted you for the Illness) *tanggal (dd) bulan (mm) tahun (yy)*

c. Apakah gejala/keluhannya?
(What were the Insured's chief symptoms/complaints?) .....
.....

d. Sejak kapan Pihak yang diasuransikan menderita gejala/keluhan tersebut? Mohon dijelaskan ..... / ..... / .....
tanggal (dd) bulan (mm) tahun (yy)
(On which date the Insured suffered form these symptoms? Please describe)

e. Apakah Diagnosis Penyakitnya?
(What is the Diagnosis of Illness?).....
.....

f. Kapan Diagnosis Penyakit tersebut ditegakkan? ...../ ...../ .....
tanggal (dd) bulan (mm) tahun (yy)
(When was the Diagnosis established?)

g. Apakah sebelumnya pernah menderita Penyakit atau yang berhubungan dengan Penyakit yang sekarang diderita? .....
.....
Bila Ya, mohon memberikan kronologis beserta tanggal kejadiannya
(Has the Insured previously suffered from the same or similar Illness or any related condition? If Yes, please give chronology and dates)

h. Apakah pasien pernah menjalani Perawatan di Intensive Care Unit (ICU)? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Has the patient been admitted into the Intensive Care Unit (ICU)?
Jika ya, apakah pasien membutuhkan Ventilasi Invasif secara menerus? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(If yes, does the patient require continuous Invasive Ventilation?
Jika ya, sebutkan lamanya pemakaian Ventilasi Invasif secara menerus: _____ jam per hari
(If yes, please indicate the duration of continuous Invasive Ventilation : _____ hours per day)
Sebutkan total waktu pemakaian Ventilasi Invasif secara menerus per Perawatan/Rawat Inap. _____ jam
(Please indicate the total duration of continuous Invasive Ventilation per Treatment/ Hospitalization. _____ hours)

i. Apakah harapan hidup Pihak Yang Diasuransikan kurang dari 12 (dua belas) bulan sejak diagnosis tersebut diberikan?
(Does life expectancy of the insured less than 12 (twelve) months since the diagnosis established? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

j. Apakah Pihak yang diasuransikan sudah tidak menerima pengobatan secara aktif selain dari penghilang rasa nyeri atau pengobatan yang meringankan keluhan namun tidak dapat menyembuhkan (paliatif).
Does the Insured already not received active treatment other than pain relief of treatment that relieves complaints but cannot cure (palliative)?
☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

Penyakit Kritis
(Critical Illness)

Bagian I Penyakit infeksi dan parasit tertentu
(Section I Certain infectious and parasitic diseases)

I.1. POLIOMIELITIS
(POLIOMYELITIS)

a. Apakah Diagnosis 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 (tiga) bulan ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*)
  (Paralysis of limbs/respiratory & lasted at least for 3 (three) months)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

I.2. VIRUS ENSEFALITIS
(ENCEPHALITIS VIRUS)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya?
(What is the Diagnosis of Illness?) .....

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

c. Apakah terjadi peradangan berat pada otak, defisit neurologis menetap minimal 14 (empat belas) hari kalender?
(Was there severe brain infection, neurological deficit lasted minimal for 14 (fourteen) calendar days?)
☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

I.3. Penyakit SAPI GILA
(CREUTZFELDT – JAKOB DISEASE)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

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

- Disfungsi cerebellar ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
  (Cerebellar dysfunction)
- Demensia berat dan progresif ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*)
  (Severe and progressive dementia)
- Kejang otot tidak terkendali ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
  (Uncontrollable muscle cramps)
- Tremor ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
  (Tremor)
- Athetosis ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
  (Athetoid)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

I.4. Penyakit KAKI GAJAH
(ELEPHANTIASIS)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Apakah Lympatic obstruction disebabkan oleh
(Was the lympatic obstruction caused by:)

Hubungan seksual ▶ *(Sexual intercourse)*	☐ Ya *(Yes)*	☐ Tidak *(No)*
Cedera ▶ *(Injury)*	☐ Ya *(Yes)*	☐ Tidak *(No)*
Luka bekas operasi ▶ *(Surgical wounds)*	☐ Ya *(Yes)*	☐ Tidak *(No)*
Gagal jantung ▶ *(Heart failure)*	☐ Ya *(Yes)*	☐ Tidak *(No)*
Kelainan congenital ▶ *(Congenital disorder)*	☐ Ya *(Yes)*	☐ Tidak *(No)*

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

I.5. DEMAM BERDARAH AKUT
(DENGUE HAEMORRAGIC FEVER)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Apakah kondisi demam berdarah mengacu kepada tahap 3 (tiga) sesuai dengan kriteria WHO? .....
(Do the conditions of dengue haemorragic fewer refer to the stage 3 (three) of WHO criteria?)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

I.6. Penyakit TANGAN, KAKI DAN MULUT DENGAN KOMPLIKASI
(HAND, MOUTH, AND FOOT DISEASE WITH COMPLICATION)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Apakah berkaitan dengan ensefalitis dan/atau miokarditis? .....
(Does it relate with encephalitis and/or myocarditis?)

c. Apakah terdapat defisit neurologis yang berlangsung minimal 30 (tiga puluh) hari kalender setelah kejadian? .....
(Was there any neurologic deficit lasted for minimum 30 (thirty) calendar days after the event?)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

I.7. HIV (Human Immunodeficiency Virus)
(HIV)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Apakah meliputi kondisi sebagai berikut ini
(Does the Diagnosis involve the following conditions:)

▶ 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?
(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?)
☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

▶ Penderita Hemofilia?
(Is the Insured Hemophilia?) ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

c. Apakah infeksi disebabkan oleh:
(Was the infection caused by:)

▶ Aktivitas seksual (Sexual activities)	☐ Ya *(Yes)*	☐ Tidak *(No)*
▶ Transfusi darah (Blood transfusion)	☐ Ya *(Yes)*	☐ Tidak *(No)*
▶ Penggunanan obat intra vena yang tidak diperlukan untuk pengobatan *(The use of intravena drugs not necessary for medication)*	☐ Ya *(Yes)*	☐ Tidak *(No)*
▶ Transplantasi organ *(Organ transplantation)*	☐ Ya *(Yes)*	☐ Tidak *(No)*
▶ Serangan fisik *(Physical attack)*	☐ Ya *(Yes)*	☐ Tidak (*No)*
▶ Didapatkan melalui pekerjaan *(A work-related infection)*	☐ Ya *(Yes)*	☐ Tidak *(No)*

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

I.8. AIDS (Acquired Immuno-deficiency)
(AIDS)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Apakah mengalami:
(Does the Insured experience the following:)

- Penurunan berat badan lebih dari 10% dari berat badan selama periode 6 (enam) bulan atau kurang (wasting sindrom);
  (Weight loss of more than 10% for a period of 6 (six) months or less (wasting syndrome));
- Kaposi Sarkoma; ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
  (Kaposi Sarcoma);
- Pneumonia Pneumocystis Carinii; ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
  (Pneumonia Pneumocystis Carinii);
- Leukoensefalopati multifokal progresif; ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
  (Progressive multifocal leukoencephalophaty);
- Tuberkulosis Aktif; ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
  (Active tuberculosis);
- Kurang dari 1000 (seribu) Limfosit ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
  (Lymphocyte less then 1000 (one thousand);
- Limfoma Maligna. ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
  (Maglinant Lymphoma).

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

Bagian II Neoplasma
(Section II Neoplasma)

II.1. KANKER
(CANCER)

a. Mohon penjelasan Penyakit secara lengkap .....
(Please give complete explanation of the Illness.)

i. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

ii. Berapakah stadiumnya? .....
(What is the staging of the Tumor?)

iii. Apakah ada penyebaran ke otak? Bila YA, jelaskan ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Is there any spreading into brain? If Yes, describe)
.....

iv. Apakah ada penyebaran ke jaringan sekitarnya? Bila YA, jelaskan ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

(Is there any spreading into surrounding tissue? If Yes, describe).....

v. Apakah hasil pemeriksaan histopatologisnya? .....
(What was the histopathological report?)

vi. Apakah termasuk Carcinoma in-situ : bat infeksi HIV? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Does the Diagnosis mention any cause from HIV infection?)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

b. Diisi HANYA jika Diagnosis 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?
(For all type of skin cancer, including Malignant Melanoma, is the lesion less than 1,5mm Breslow thickness or less than Clark level 3?)
☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

ii. Untuk Kanker Prostat, Tiroid dan Kandung Kemih, apakah secara histologis tumor diklasifikasikan T1N0M0 (Klasifikasi TNM)?
(For Prostate cancer, Thyroid and Bladder, is the tumor histological classified as T1N0M0 (TMN Classification)?)
☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

iii. Untuk Leukemia Limfositik Kronis, apakah diklasifikasikan kurang dari stadium 3 RAI?
(For Chronis Lymphocytic Leukemia, is the disease classified as lesser than RAI stage 3?)
☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

II.2. TUMOR OTAK
(BRAIN TUMOR)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

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

c. Apakah termasuk tumor di otak/selaput otak yang mengancam jiwa sehingga menimbulkan tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial seperti Papilloedema / gangguan mental / kejang / gangguan sensorik?
(Is it a life threatening brain/brain membrane tumor so that cause signs of increasing intracranial pressure such as papilloedema/mental disorder/ cramps / sensoric disorder?) ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

d. Apakah Diagnosis pada point (a) di atas termasuk : Kista / granuloma / malformasi di dalam pembuluh darah otak / hematoma / tumor Pituitari / tumor saraf akustik?
(Does the Diagnosis at point (a) include : cyst / granuloma / verebrovascular malformation / hematoma / Pituitary tumor / acoustic nerve tumor?) ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

Bagian III Penyakit kelainan darah dan organ penyusun sel darah dan beberapa gangguan mekanisme kekebalan
(Section III Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism)

III.1. ANEMIA APLASTIK
(APLASTIC ANAEMIA)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)
b. Apakah termasuk kegagalan sumsum tulang menetap yang mengakibatkan anemia, netropenia dan trombocytopenia?
(Was it a permanent bone marrow failure resulting in anaemia, neturopenia and trombocytopenia?)
Ya *(Yes)* Tidak *(No)*

c. Apakah kegagalan fungsi sumsum tulang tersebut dapat dipulihkan? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Can the bone marrow failure be recovered?)

d. Apakah memerlukan Perawatan karena:
(What is the nature of Treatment:)
- Transfusi produk darah? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Blood product transfusion?)
- Marrow stimulating agents? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Agen stimulasi sumsum?)
- Immunosuppresive agents? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Agen imunosupresi?)
- Transplantasi sumsum tulang? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Bone marrow transplantation ?)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

III.2 HEMOFILIA BERAT
(Severe Hemophilia)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)
b. Apakah menderita gangguan:
(Does the following disorders occur:)
- faktor pembekuan VIII ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Clotting factor VIII)
- faktor IX kurang dari 1% (satu persen) ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Factor IX less than 1% (one percent)

MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

Bagian IV Penyakit Endoktrin, Nutrisi dan Metabolik
(*Section IV Endocrine, nutritional and metabolic diseases)*

IV.1 INSUFISIENSI ADRENAL
(ADRENAL INSUFFICIENCY)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)..
b. Apakah pasien telah menjalani Adrenalektomi? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Does the patient undergo Andrenalectomy?)
c. Apakah Diagnosis disebabkan oleh autoimun? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Is the Diagnosis identify any autoimmune?)
d. Sehingga apakah membutuhkan terapi penggantian kortikoid mineral dan glukokortikoid untuk seumur hidup? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(will it a lifetime theraphy of mineralcorticoid and glucocorticoid replacement be necessary?)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

IV.2 DIABETES MELLITUS TERGANTUNG PADA INSULIN
(INSULIN DEPENDENT DIABETES MELLITUS)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)
b. Apakah Diagnosis tersebut sudah berlangsung terus – menerus selama 6 (enam) bulan sejak ter Diagnosis?
(*Has the Diagnosis been continued for 6 (six) consecutive months after diagnosized)* ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

c. Apakah selama periode tersebut pasien diberikan insulin setiap hari? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Has the patient during such period been administered with insulin every day?)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

IV.3.Penyakit WILSON
(WILSON DISEASE)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Apakah terdapat penurunan fungsi neurologis karena penumpukan tembaga yang berlangsung terus – menerus minimal 6 (enam) bulan? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Is there any decreased neurologic function as a result of persistent copper accumulation for minimum 6 (six) months?)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

Bagian V Penyakit sistem saraf
(Section V Diseases of the nervous system)

V.1. PARALISIS/PARAPLEGIA
(PARALYSIS/PARAPLEGIA)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Apakah terjadi kehilangan fungsi dari salah 1 (satu) anggota gerak secara menyeluruh dan menetap yang berlangsung selama minimal 6 (enam) bulan dari sejak terjadinya Penyakit/Cedera? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Is there any total and permanent loss of 1 (one) limb function which taken minimum 6 (six) months from the onset of the Disease/Injury?)

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

d. Apakah terjadi kehilangan fungsi dari ke-4 (empat) anggota gerak secara menyeluruh dan menetap yang berlangsung selama minimal 6 (enam) bulan dari sejak terjadinya Penyakit/Cedera? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Are there any total and permanent loss of 4 (four) limbs function which taken minimum 6 (six) months from the onset of Disease/Injury?)

e. Apakah Penyakit ini diakibatkan oleh tindakan mencelakai 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)

V.2.Penyakit PARKINSON
(PARKINSON'S DISEASE)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Apakah Penyakit tersebut 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 (dua) Kegiatan Sehari-hari (lihat catatan **)? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
*(Is it causing inability to do at least 2 (two) Daily Activities) (see app. **)?)*

e. Apakah menyebabkan tidak dapat melakukan setidaknya 3 (tiga) Kegiatan Sehari-hari (lihat catatan **)? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
*(Is it causing inability to do at least 3 (three) 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)

V.3.Penyakit ALZHEIMER
(ALZHEIMER'S DISEASE)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)...

b. Apakah termasuk penurunan / hilangnya kapasitas intelektual / perilaku abnormal yang dibuktikan sesuai untuk Penyakit Alzheimer?
(Was the evidence of deterioration / loss of intellectual capacity / abnormal behavior proven in compliance with Alzheimer's disease?)
☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

c. Apakah termasuk gangguan degeneratif otak organik yang tidak dapat dipulihkan yang mengakibatkan penurunan mental dan fungsi sosial
(Is it an irrecoverable organic brain degenerative resulting in reduction in mental and social functioning?)
☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

d. Apakah Diagnosis termasuk gangguan otak non organik seperti neurosis dan Penyakit kejiwaan dan kerusakan otak yang disebabkan oleh obat-obatan atau konsumsi alkohol?
(Is it a non organic brain impairments such as neurosis and psychiatric Illness related to any drug or alcohol Consumption?)
☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

V.4. MENINGITIS BAKTERI
(BACTERIAL MENINGITIS)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya?.....
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Apakah Diagnosis tersebut menyebabkan defisit neurologis menetap? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Is the Diagnosis of Illness causing permanent neurological deficits?)

c. Apabila jawaban dari pertanyaan (b) di atas ya maka apakah Diagnosis tersebut menyebabkan defisit neurologis menetap:
(If the answer for question (b) above is yes, does the Diagnosis lead to permanent neurological deficit:)
selama 2 (dua) minggu ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(for 2 (two) weeks)
selama 6 (enam) minggu ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(for 6 (six) weeks)
selama 6 (enam) bulan ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(for 6 (six) months)

d. Apakah Diagnosis dapat 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)

V.5. Penyakit MOTOR NEURON
(MOTOR NEURON DISEASE)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

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

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

V.6. SKLEROSIS MULTIPLE
(MULTIPELE SCLEROSIS)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Apakah Diagnosis 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)?)

- Apakah defisit neurologis berlangsung minimal selama 6 (enam) bulan? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
  (Does the neurological deficit continue min. for 6 (six) months?)

- 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)

V.7. DISTROFI MUSKULAR
(MUSCULAR DYSTROPHY)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Apakah Diagnosis 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)

c. Apakah pasien tidak dapat melakukan Kegiatan Hidup Sehari-hari setidaknya 2 (dua) kegiatan dari 6 (enam) Kegiatan Hidup Sehari-hari? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
*(Is it causing inability to do at least 2 (two) of 6 (six) Daily Activities) (see app. **)?)*

d. Apakah pasien tidak dapat melakukan Kegiatan Hidup Sehari-hari setidaknya 3 (tiga) kegiatan dari 6 (enam) Kegiatan Hidup Sehari-hari selama 3 (tiga) bulan? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
*(Is it causing inability to do at least 3 (three) of 6 (six) Daily Activities for 3 (three) months) (see app. **)?)*

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

V.8. SKLEROSIS LATERAL AMIOTROPIK
(AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Apakah ada gejala deficit neurologis menetap yang berhubungan dengan saraf tulang belakang dan pusat motoric di otak? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Is there any permanent neruogological deficit symptom relating to spinal nerves and motoric center of brain?)

c. Apakah termasuk kedalam Tipe I Juvenil Amiotropi Tulang Belakang? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Does it include in Juvenile Spinal Amyotrophy Type I)

d. Apakah ditandai dengan:
(Is it indicated with;)
- disfungsi progresif sel-sel tanduk anterior pada sumsum tulang belakang ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(dysfunctional progressive anterior horn cells of spinal cord)
- saraf kranial batang otak dengan kelemahan mendalam ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(brainstem cranial nerves with acute weakness)
- disfungsi bulbar ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(dysfunctional bulbar)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

V.9. SINDROM APALLIC
(APALLIC SYNDROME)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Apakah terdapat nekrosis secara menyeluruh pada korteks otak dengan batang otak yang masih normal yang terjadi terus-menerus selama 1 (satu) bulan? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Is there any total necrosis to brain cortex with normal brain stem that continues for 1 (one) month?)

c. Apakah kondisi Penyakit ini sudah terjadi selama terus menerus selama minimal 1 (satu) bulan? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Has the Illness been continuing for minimum 1 (one) month?)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

V.10. MYASTHENIA GRAVIS
(MYASTHENIA GRAVIS)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Apakah terdapat kelemahan otot permanen mengacu pada kategori kelas 3 Myasthenia Gravis Foundation of America Clinical Classification?
(Is there any permanent muscle weakness referring to category class 3 of Myasthenia Gravis Foundation of America Clinical Classification?)
☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

c. Apakah terdapat kelemahan otot permanen mengacu pada kategori kelas 4 atau 5 Myasthenia Gravis Foundation of America Clinical Classification?
(Is there any permanent muscle weakness referring to category class 4 or 5 of Myasthenia Gravis Foundation of America Clinical Classification?) ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

V.11. BULBAR PALSY PROGRESIF
(PROGRESSIVE BULBAR PALSY)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Apakah terdapat gangguan saraf tulang belakang dan pusat motoric di otak dan kelemahan spastik dan atrofi otot – otot ekstremitas dengan kelumpuhan di daerah kepala yang mengakibatkan Pihak yang diasuransikan tidak mampu melakukan minimal 2 (dua) dari 6 (enam) Kegiatan Hidup Sehari-hari tanpa bantuan secara terus menerus selama 3 (tiga) bulan terakhir?
(Is there any disorder to spinal nerves and motoric center of brain and spastic weakness and extremity muscle atrophy with paralysis in head region that causes the Insured incapable of performing 2 (two) or 6 (six) Daily Activities without permanent help for the last 3 (three) months?)
☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

c. Apakah terdapat gangguan saraf tulang belakang dan pusat motoric di otak dan kelemahan spastik dan atrofi otot – otot ekstremitas dengan kelumpuhan di daerah kepala yang mengakibatkan Pihak yang diasuransikan tidak mampu melakukan minimal 3 (tiga) dari 6 (enam) Kegiatan Hidup Sehari-hari tanpa bantuan secara terus menerus selama 3 (tiga) bulan terakhir?
(Is there any disorder to svpinal nerves and motoric center of brain and spastic weakness and extremity muscle atrophy with paralysis in head region that causes the Insured incapable of performing 3 (three) or 6 (six) Daily Activities without permanent help for the last 3 (three) months?)
☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

V.12.ATROFI MUSKULAR
(ATROPHY MUSCULAR)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Apakah terdapat pelemahan dan penyusutan terhadap otot yang mengakibatkan Pihak yang diasuransikan tidak mampu melakukan minimal 2 (dua) dari 6 (enam) Kegiatan Hidup Sehari-hari tanpa bantuan secara terus menerus selama 3 (tiga) bulan terakhir?
(Is there any muscular weaknesses and atrophy causing the Insured incapable of performing minimum 2 (two) of 6 (six) Daily Activities without permanent help for the last 3 (three) months?) ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

c. Apakah terdapat pelemahan dan penyusutan terhadap otot yang mengakibatkan Pihak yang diasuransikan tidak mampu melakukan minimal 3 (tiga) dari 6 (enam) Kegiatan Hidup Sehari-hari tanpa bantuan secara terus menerus selama 3 (tiga) bulan terakhir?

(Is there any muscular weaknesses and atrophy causing the Insured incapable of performing minimum 3 (three) of 6 (six) Daily Activities without permanent help for the last 3 (three) months?) ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

V.13.EPILEPSI
(EPILEPSY)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Apakah pernah dilakukan tindakan operasi untuk jaringan otak (termasuk operasi menggunakan pisau gamma (gamma knife)?
(Has surgical procedure been performed to brain tissues (include surgery using gamma knife?) ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

c. Apakah terdapat kejang berulang tonik klonik (tonic-clonic) atau grand mal yang kebal terhadap terapi optimal?
(Is there any repeated tonic-clonic seizures or grand mall seizures, which is immune to optimum theraphy?)
☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

d. Apakah diberikan setidaknya 2 (dua) obat antiepilepsi (anti kejang) selama minimal 6 (enam) bulan?
(Have at least 2 (two) anti-epileptic (anti-convulsant) drugs been administered for minimum 6 (six) months?)
☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

V.14.Multiple Avulsi Akar Pleksus Brakialis
(Multiple Root Avulsions of Brachial Plexus)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Apakah terjadi hilangnya penggunaan fungsi dan sensorik total dan permanen dari ekstremitas atas?
(Is there any function loss and total and permanent sensory loss of upper extremities?) ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

c. Apakah disebabkan oleh avulsi 2 (dua) atau lebih akar saraf pleksus brakialis karena Kecelakaan atau Cedera?
(Is it caused by 2 (two) or more root avulsion of brachial Plexus from Accident or Injury?) ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

V.15.Sindrom Guillain-Barré
(Guillain-Barré syndrome)

a. **Apa**kah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Apakah di tandai dengan kelumpuhan simetris progresif dan hilangnya refleks karena kerusakan saraf perifer dan akar tulang belakang?
(Is it marked with symmetrical progressive paralysis and reflex loss due to damaged pheripheral nerves and spinal root?)
☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

c. Apakah ada kelainan khas pada tes konduksi saraf? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Is there any typical sign in nerve conduction test?)

d. Terdapat juga defisit neurologis fungsional yang berat dan permanen dengan tanda motorik atau sensorik abnormal pada pemeriksaan objektif sejak 3 (tiga) bulan setelah Diagnosis awal Penyakit?
(is there also any severe and permanent functional neurological deficit with abnormal motoric or sensory signs on objective examination 3 (three) days after initial Diagnosis of the Disease?) ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

Bagian VI Penyakit mata dan adnexa
(Section VI Diseases of the eye and adnexa)

VI.1.KEBUTAAN / BLINDNESS
(LOSS OF SIGHT)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Apakah terjadi kehilangan fungsi penglihatan 1 (satu) mata secara total & menetap akibat Penyakit?
☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

(Is the Illness resulting in total and permanent sight loss of 1 (one) eye?)

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

d. Apakah Diagnosis Penyakit ini disebabkan 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)

VI.2.Kelumpuhan Supranuklear Progresif
(Progressive supranuclear)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Apakah menyebabkan semua masalah lain dan secara langsung mengakibatkan kurangnya kontrol saat berjalan dan keseimbangan, dan ketidak-mampuan permanen untuk melakukan setidaknya 3 (tiga) dari 6 (enam) "Kegiatan Hidup Sehari-hari" (tanpa bantuan)?
(Does the Illness cause other problem and directly result in lack of control when walking and balance, and permanent disability to perform at least 3 (three) of 6 (six) "Daily Activities" (without help)?) ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

Bagian VII Penyakit telinga dan Mastoiditis
(Section VII Diseases of the ear and mastoid process)

VII.1.TULI/KEHILANGAN PENDENGARAN
(DEAFNESS/HEARING LOSS)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Apakah terjadi kehilangan fungsi pendengaran 2 (dua) telinga secara menetap setidaknya 60 DB? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Does any permanent hearing loss of both ears at least at 60 DB occur?)

c. Apakah terjadi kehilangan fungsi pendengaran 2 (dua) telinga secara menetap setidaknya 80 DB? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Does any permanent hearing loss of both ears at least at 80 DB occur?)

d. Apakah menjalani operasi implant Cochlear? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Does the patient undergo Cochlear implant operation?)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

Bagian VIII Penyakit sistem peredaran darah
(Section VIII Diseases of the circulatory system)

VIII.1 SERANGAN JANTUNG
(HEART ATTACK)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Apakah didukung oleh kriteria sebagai berikut:
(Is the Diagnosis supported by the following criteria:)

- Riwayat nyeri dada yang khas & berkepanjangan ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
  (History of typical and prolonged chest pain)
- Perubahan EKG yang mengindikasikan adanya MCI yang baru terjadi ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
  (ECG changes that indicate a new MCI occurs)
- 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 Tor I)
- Adanya gelombang Q persisten pada gambaran EKG ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
  (The existence of persistent Q wave on ECG)

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?)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

VIII.2 HIPERTENSI ARTERI PULMONAL
(ARTERIAL PULMONARY HYPERTENSION)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Apakah termasuk Hipertensi Arteri Pulmonal Pimer 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 4 NYHA (lihat catatan *)? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Is this a secondary arterial pulmonary hypertension with right ventricular enlargement and permanent physical impairment of class IV of NYHA) (see app.)?)*

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

VIII.3. OPERASI AORTA
(AORTA SURGERY)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Apakah dilakukan operasi melalui prosedur minimal invasive / intra arterial untuk menggganti / 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? ☐ 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)

VIII.4. KARDIOMIOPATI
(CARDIOMYIOPATHY)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Apakah memenuhi kriteria Kardiomiopati yang mengakibatkan kelemahan fisik menetap mengacu pada kategori kelas 3 NYHA?
(Have cardiomyopathy criteria causing permanent physical weaknesses as per category 3 of NYHA classification been met?)
☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

c. Apakah memenuhi kriteria Kardiomiopati yang mengakibatkan kelemahan fisik menetap mengacu pada kategori kelas 4 NYHA?
(Have cardiomyopathy criteria causing permanent physical weaknesses as per category 4 of NYHA classification been met?)
☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

VIII.5. Penyakit EISENMERGER
(EISENMERGER DISEASE)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Apakah terdapat kelemahan fisik menetap mengacu pada kategori kelas 3 NYHA? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Is there any permanent physical weakness as per category 3 of NYHA classification?)

c. Apakah terdapat kelemahan fisik menetap mengacu pada kategori kelas 4 NYHA? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Is there any permanent physical weakness as per category 4 of NYHA classification?)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

VIII.6. DEMAM REMATIK DENGAN PELEMAHAN KATUP JANTUNG
(RHEUMATIC FEVER WITH WEAKENING HEART VALVES)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Apakah terdapat 1 (satu) atau lebih gangguan fungsi katup jantung yang disebabkan oleh demam rematik yang mengacu kepada kriteria revisi jones?
(Is there 1 (one) or more disorder to heart valve functions due to rheumatic fever as per revised Jones criteria?)
☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

VIII.7. Penyakit ARTERI KORONER SERIUS LAINNYA
(Other Serious Coronary Artery Diseases)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Pembuluh nadi mana saja yang mengalami penyempitan? .....
(Which arteries are involved?)

c. berapa persen (%) kah penyempitannya: pembuluh arteri Koroner _____(%)
(How many percent (%) is the narrowing: *coronary arteries)*
pembuluh arteri lainnya _____(%)
(other coronary arteries)
pembuluh arteri lainnya _____(%)
(other arteries)

d. Apakah penyempitan pembuluh merupakan cabang dari arteri coroner? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Does the narrowing of artery constitute the branch of coronary arteries?)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

VIII.8. INFEKSI ENDOKARTITIS BERAT
(Severe Endocarditis)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Apakah terjadi ketidakmampuan katup jantung moderat yaitu:
(Does any moderate heart valve disability occur:)
fraksi regurgitasi 20% atau lebih ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
▶ *(regurgitation fraction 20% or higher)*
stenosis katup jantung moderat yaitu area katup jantung 30% atau kurang ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
▶ *(moderate heart valve stenosis, i.e. heart valve area of 30% or less)*

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

VIII.9. STROKE
(STROKE)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Apakah menimbulkan gejala sisa menetap? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Are these sequelaes permanent?)

c. Apabila jawaban dari pertanyaan di atas ya maka apakah gejala sisa menetap telah menetap selama 45 (empat puluh lima) hari?
(If the answer for above question is Yes then are these sequelaes permanent lasted at least 45 (forty five) days after the events?)
☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

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

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

f. Apakah termasuk Cedera 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 Endarterektomi Karotid terbuka? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Has the insured undergone open endarterectomy carotid surgery?)

i. 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)*

j. Apakah Diagnosis tersebut di atas mengakibatkan ketidakmampuan untuk melakukan 2 (two) atau lebih Kegiatan Hidup Sehari-hari (lihat catatan **)
*(Is the Diagnosis above resulting in inability to perform 2 (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 IX Penyakit sistem pernafasan
(Section IX Diseases of the respiratory system)

IX.1. Penyakit PARU KRONIK
(CHRONIC LUNG DISEASE)

a. Apakah Diagnosis 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 < 55 mmHg?
(Was the result of arterial blood gas analysis for partial O2 < 55 mmHg?) ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

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

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

f. Apakah pasien membutuhkan oksigen berdasarkan FEV1 kurang dari 1 liter?
(Did the patient need Oxygen of FEV1 less than 1 liter?) ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

g. Apakah dilakukan pemasangan Veno Cava Filter? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Was there any Veno Cava Filter implant?)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

IX.2. ASMA BERAT
(ASTHMA)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Apakah didukung oleh kriteria sebagai berikut:
(Is the Diagnosis supported by the following criteria:)

- Memiliki riwayat status asmatikus dalam 2 (dua) tahun terakhir ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
  (Have status asthmaticus history in the last 2 (two) years)
- Penurunan kemampuan yang signifikan dalam melakukan kegiatan fisik, sebagaimana ditegakkan oleh Dokter ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
  (Significant decrease in ability to perform physical activities as ordered by Physician)
- Deformitas dada akibat hiperinflasi kronis ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
  (Chest wall deformity due to chronic hyperinflation)
- Membutuhkan terapi oksigen terus – menerus di rumah sebagaimana yang diresepkan oleh Dokter ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
  (Need permanent oxygen therapy at home as prescribed by Physician)
- Penggunaan obat kortikosteroid harian secara terus – menerus selama minimal 6 (enam) bulan sebagaimana yang diresepkan oleh dokter ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
  (Permanent corticosteroid drug administration on Daily basis for minimum 6 (six) months as prescribed by Physician)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

IX.3. Fibrosis Paru Berat
(Pulmonary Fibrosis)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)
b. Apakah penyebab dari Diagnosis di atas? .....
(What causes indicated in the above Diagnosis?)
c. Apakah membutuhkan terapi oksigen secara ekstensif dan permanen setidaknya 8 (delapan) jam per hari?
(Is extensive and permanenet oxygen therapy for at least 8 (eight) hours per day necessary?) ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

Bagian X Penyakit sistem pencernaan
(Section X Diseases of the digestive system)

X.1. Penyakit HATI KRONIK
(CHRONIC LIVER DISEASE)

a. Apakah Diagnosis 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?)
g. Apakah terjadi sirosis hepatis? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Was there any hepatic cirrhosis?)
h. Apakah pasien menjalani operasi Rekonstruksi saluran Empedu? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Did the patient underdo surgery for bile duct reconstruction?)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

X.2. HEPATITIS VIRUS FULMINAN
(FULMINANT HEPATITIS)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)
b. Apakah merupakan proses sub masif sampai nekrosis masif hati oleh virus Hepatitis, yang menyebabkan kegagalan hati?
(Is it a process of submassive to massive hepatic necrosis by hepatitis virus which results in liver failure?) ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

c. Apakah Diagnosis didukung dengan hal-hal berikut ini:
(Is the Diagnosis supported by the following criteria:)
- Nekrosis pada seluruh lobulus ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Necrosis of entire liver lobes)
- Penurunan enzim hati yang cepat ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Rapid liver enzyme decrease)
- Ikterus berat ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Severe jaundice)
- Hepatic Encephalopathy ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Ensepalopati hipatik)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

X.3. Penyakit PANKREAS KRONIS
(CHRONIC PANCREATIC DISEASE)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)
b. Apakah Diagnosis pankreatitis sudah terjadi lebih dari 3 (tiga) kali? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Has pancreatic Diagnosis taken place more than 3 (three) times?)

c. Apakah terdapat malabsorpsi sehingga membutuhkan terapi enzim? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Is there any malabsorption requiring enzyme therapy?)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

X.4. Penyakit CROHN
(CROHN DISEASE)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)
b. Apakah diperlukan pengobatan imunosupresif yang berkelanjutan atau pengobatan terus – menerus dengan imunomodulator minimal 6 (enam) bulan?.....
(Is sustained and permanent immunosuppressive medication with immunomodulator for minimum 6 (six) months necessary?)

c. Apakah Diagnosis didukung dengan hal-hal berikut ini:
(Is the Diagnosis supported by the following criteria:)

- Terjadi penyempitan yang menyebabkan sumbatan pada usus sehingga dibutuhkan Rawat Inap? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
  (Narrowing that causes intestinal blockage requiring Inpatient treatment)
- Terbentuk fistula antar usus (tidak termasuk fistula anal) ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
  (Intestinal fistula formation (not including anal fistula))
- Pengangkatan sebagian atau beberapa bagian dari usus yang disebabkan oleh Penyakit Crohn ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
  (The removal of part or some parts of intestines affected by Crohn Disease)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

X.5. ULCERATIVE COLITIS
(ULCERATIVE COLITIS)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)
b. Apakah didukung oleh kriteria sebagai berikut:
(Is the Diagnosis supported by the following criteria:)

- Diare berdarah yang diakibatkan ulkus berat pada kolon ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
  (Diarrhea with blood due to severe ulcer attack in colons)
- Dibutuhkan tindakan total colectomy dan ileostomy ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
  (Need of total colectomy and ileostomy)

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

X.6. RESEKSI USUS KECIL KESELURUHAN (DUODENUM, JEJUNUM DAN ILIUM)
(Total small intestine resection (duodenum, jejunum and ilium)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)
b. Apakah penyebab dari Diagnosis diatas? .....
(What are the causes from the above Diagnosis?)
c. Apakah Pengangkatan total operasi usus kecil seluruh termasuk:
(Does total small intestine resection include:)

- Duodenum ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
  (Duodenum)
- Jejunum ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
  (Jejunum)
- Ilium ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
  (Ilium)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

X.7. PANKREATITIS NECRO-HEMORAGIK AKUT
(Acute Necro-Hemoragic Pancreatic)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)
b. Perawatan diperlukan adanya pengangkatan jaringan nekrotik atau pankreatektomi? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Is treatment of necrotic tissue or pancreatectomy removal necessary?)

c. *Pankreatitis di sebabkan:*
(pancreatic is caused by:)

- Kecanduan alcohol ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
  (Alcohol addiction)
- Obat-obatan ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
  (Drugs)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

BAGIAN XI Penyakit SISTEM MUSKULOSKELETAL DAN JARINGAN KONEKSI
(Section XI Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue)

XI.1. LUPUS ERITEMATOSUS SISTEMIK
(SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS)

a. Apakah Diagnosis 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)

XI.2.OPERASI SKOLIOSIS IDIOPATIK
(IDIOPATIC SCOLIOSIS OPERATION)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Apakah pasien telah dilakukan operasi tulang belakang yang bertujuan untuk memperbaiki kelengkungan yang abnormal?
(Does the patient undergo spinal surgery to repair abnormal curvature?) ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

c. Apakah kelengkungan tulang belakang lebih dari 40 (empat puluh) derajat sudut Cobb? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Does the spinal curvature reach more than 40 (forty) degrees of Cobb angle?)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

XI.3.Penyakit KAWASAKI
(KAWASAKI DISEASE)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Apakah terdapat aneurisma atau kelainan jantung atau pembuluh darah lain? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Is there any aneurysm or heart disorder or other artery disorder?)

c. Apakah pasien telah dilakukan operasi? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Was there any surgery performed to the patient?)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

XI.4.NECROTISING FASCITIS
(Necrotizing fasciitis)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Apakah ditemukan kondisi sebagai berikut ini:
(Do the following conditions exist:)

- Gejala klinis yang memenuhi kriteria diagnostic untuk kematian selaput otot atau jaringan
(Clinical symptom complying diagnostic criteria for the death of muscle membrane or tissue) ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

- Infeksi bakteri spesifik
(specific bacterial infections) ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

- Kerusakan otot yang menyebar luas yang menyebabkan kehilangan fungsi total dan menetap terhadap suatu bagian tubuh.
(Wide spread muscle damage causing total and permanent function loss of an body part) ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

XI.5.OSTEOPOROSIS
(OSTEOPOROSIS)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Apakah Diagnosis didukung oleh kriteria sebagai berikut:
(Is the Diagnosis supported by the following criteria:)

- Setidaknya satu patahan pada leher tulang paha (femur) atau adanya 2 (dua) patahan pada tulang belakang, karena adanya Osteoporosis ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(At lease one fracture in femur bone or 2 (two) fractures in spine bone)

- Bone mineral density dengan ukuran ketebalan minimal 2 (dua) bagian melalui pemeriksaan Dual – Energy X-ray Densitometry (DEXA) atau pemeriksaan CT-Scan yang menunjukkan osteoporosis dengan skor-T kurang dari -2.5.
(Bone mineral density with thickness minimum 2 (two) segments through Dual – Energy X – Ray Densitomery (DEXA) or CT-Scan showing osteoporosis with T-score less than -2.5) ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

- Telah dilakukan fiksasi internal atau penggantian tulang yang patah. ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Internal fixation or replacement to the fractured bone)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

XI.6.SKLERODERMA PROGRESIF
(PROGRESSIVE SCLERODERMA)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Apakah terjadi fibrosis secara progresif di dalam kulit yang berhubungan dengan organ jantung, paru – paru atau ginjal? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Does progressive fibrosis take place inside the skin correlating with heart, lungs or kidneys?)

c. Apakah berhubungan dengan kondisi:
(Does it correlate with the condition of:)

- *Skleroderma local* ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Local scleroderma)

- *Eosnophilic fasciitis* ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Eosnopilik fasciitis)

- *Sindrom CREST*
  (CREST syndrome)

☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

XI.7.RHEMATOID ARTHRITIS
(RHEUMATOID ARTHRITIS)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Apakah terdapat kerusakan atau kelainan bentuk minimal 3 (tiga) dari daerah sendi berikut:
(Is there any damage or deformation minimum 3 (three) in the following joints:)

- Sendi tangan
  (Hand joint) ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
- Pergelangan tangan
  (Wrist joint) ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
- Siku
  (Elbow) ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
- Tulang leher
  (Neck bone) ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
- Lutut
  (Knee) ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
- Pergelangan kaki
  (Ankle) ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
- Kaku pagi hari
  (Stiffness in the morning) ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
- Radang kedua sendi
  (Inflammation at both joints) ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
- Benjolan rheumatoid
  (Rheumatoid Nodules) ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
- Peningkatan faktor titer reumatoid
  (Increasing rheumatoid titer factor) ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
- Didukung hasil X-ray
  (Supported with X-ray result) ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

c. Apakah kerusakan dan kelainan bentuk tersebut mengakibatkan Pihak yang diasuransikan tidak mampu melakukan minimal 2 (dua) dari 6 (enam) Kegiatan Hidup Sehari-hari tanpa bantuan secara terus menerus selama 6 (enam) bulan terakhir?
☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Does such damage and deformation cause the Insured unable to perform minimum 2 (two) of 6 (six) Daily Activities without permanent help for the last 6 (six) months?)

d. Apakah kerusakan dan kelainan bentuk tersebut mengakibatkan Pihak yang diasuransikan tidak mampu melakukan minimal 3 (tiga) dari 6 (enam) Kegiatan Hidup Sehari-hari tanpa bantuan secara terus menerus selama 6 (enam) bulan terakhir?
☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Does such damage and deformation cause the Insured unable to perform minimum 3 (three) of 6 (six) Daily Activities without permanent help for the last 6 (six) months?)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

XI.8.Atrofi Otot Tulang Belakang
(Spinal Muscular Atrophy)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Apakah terjadi terutama di kaki:
(Does it occur particuarly in legs:)

- kelemahan otot proksimal yang terlihat
  (visible proximal muscle weakness) ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
- wasting,
  (pengecilan jaringan otot,) ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
- diikuti oleh keterlibatan otot distal
  (followed by distal muscle involvement) ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

c. Apakah kerusakan mengakibatkan ketidakmampuan permanen untuk melakukan setidaknya 3 (tiga) dari 6 (enam) "Kegiatan Hidup Sehari-hari" tanpa bantuan dari orang lain dalam periode terus menerus setidaknya 6 (enam) bulan?
☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Does the damage cause permanent disability to perform at least 3 (three) of 6 (six) "Daily Activities" without other person's help for a period of at least 6 (six) months consecutively?)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

XI.9.Arthritis Idiopatik Sistemik Pada Anak
(Juvenile Idiopathic Arthritis)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Kelainan sendi terjadi di:
(The joint pain occurs in:)

1. Tangan,
   (Hands) ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
2. Pergelangan tangan,
   (wrists) ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
3. Siku,
   (Elbow) ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
4. Lutut,
   (Knee) ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

5. Pinggul, *(Hip)* ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
6. Pergelangan kaki, *(Ankle)* ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
7. Tulang belakang leher, atau *(Cervical spine or)* ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
8. Sendi metatarsophalangeal di kaki *(Metatarsophalangeal joints of legs)* ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

Bagian XII Penyakit sistem genitourinary
(Section XII Diseases of the genitourinary system)

XII.1. GAGAL GINJAL
(KIDNEY FAILURE)

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

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

XII.2. SINDROM NEFROTIK
(NEPHROTIC SYNDROME)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? ..... *(What is the Diagnosis of Illness?)*
b. Apakah didukung oleh kriteria sebagai berikut: *(Is the Diagnosis supported by the following criteria:)*
   - Oedema yang disebabkan oleh hilangnya protein ginjal *(Oedema caused by the loss of kidney protein)* ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
   - Hipoalbuminemia dari < 25 g/L *(Hipoaluminemia of < 25 g/L)* ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
   - Proteinuria > 150 mg/m2/jam (> 3,6 g/m2/hari) *(Proteinuria > 150 mg/m2/hour (> 3.6 g/m2/day)* ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
   - Terbukti telah terjadi 4 (empat) kali atau lebih kekambuhan sindrom nefrotik berat (sebagaiamana dijelaskan pada huruf a, b, dan c) selama 12 (dua belas) bulan sejak terjadinya sindrom nefrotik berat pertama yang membutuhkan perawatan medis jangka panjang minimal selama 6 (enam) bulan?
     4 (four) times or more severe nephrotic syndrome relapses (as noted in letter(s) a, b and c) in 12 (twelve) months as from the first event of severe nephrotic syndrome requiring long-term medial treatment of minimum 6 (six) months
     ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

Bagian XIII Malformasi deformasi dan abnormalitas kromosonal congenital
(Section XIII Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities)

XIII.1. Penyakit KISTA MEDULER
(MEDULLARY CYSTIC KIDNEY)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? ..... *(What is the Diagnosis of Illness?)*
b. Apakah terdapat gambaran multiple medularry cysts dengan cortical atrophy pada pemeriksaan MRI atau CT Scan? *(Is there any indication of multiple medularry cyst with cortical atrophy during MRI or CT-Scan examination?)* ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

Bagian XIV Simptom tanda dan temuan klinis dan laboratorium abnormal selain di atas
(Section XIV Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified)

XIV.1. KOMA
(COMA)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? ..... *(What is the Diagnosis of Illness?)*
b. Apakah tidak ada reaksi/respon terhadap rangsangan dari luar untuk sedikitnya 96 (*sembilan puluh enam)* jam? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Is there any reaction/response to external stimuli in at least 96 (ninety six) hours?)
c. Apakah tidak ada reaksi/respon terhadap rangsangan dari luar untuk sedikitnya 48 (empat puluh delapan) jam? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Is there any reaction/response to external stimuli in at least 48 (forty eight) hours?)
d. Apakah diperlukannya alat bantu hidup untuk mempertahankan kehidupan? *(Was life support system required for sustain life?)* ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

e. Apakah mengakibatkan defisit saraf menetap? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Was it resulted in permanent neurological deficit?)

f. 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)

XIV.2. KEHILANGAN KEMAMPUAN BERBICARA
(LOSS OF SPEECH)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Apakah ada bukti Cedera atau Penyakit pada pita suara? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Is there any evidence of vocal cord Injury or Disease?)

c. Apakah berkaitan dengan kejiwaan? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No))*
(Is the Illness secondary to psychiatric problem?)

d. Apakah pernah dilakukan tindakan trakeostomi? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No))*
(Has tracheotomy been performed?)

e. Apakah trakeostomi tersebut untuk pengobatan yang di sebabkan luka bakar secara terus menerus selama 3 (tiga) bulan?
(Does such tracheotomy need medication of burns for 3 (three) consecutive months?) ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

f. Apakah tidak dapat dipulihkan selama periode 12 (dua belas) bulan secara terus menerus? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Can it be recovered in a period of 12 (twelve) consecutive months?)

g. Apakah pasien menjalani operasi Takeostomi terus menerus selama 3 (tiga) bulan? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Does the patient undergo permanent tracheostomy surgery in 3 (three) months?)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

XIV.3 HILANGNYA KEMAMPUAN HIDUP MANDIRI
(LOSE OF ABILITY TO LIVE INDEPENTLY)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Apakah kondisi tersebut dapat menyebabkan hilangnya kemampuan untuk melakukan (baik dibantu maupun tanpa bantuan) minimal 3 (tiga) dari 6 (enam) Kegiatan Hidup Sehari-hari selama 6 (enam) bulan secara terus – menerus?
(Can such conditions cause the loss of ability to perform (either with help or not) minimum 3 (three) of 6 (six) Daily Activities for 6 (six) consecutive months?) ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

c. Apakah kondisi tersebut dapat menyebabkan hilangnya kemampuan untuk melakukan (baik dibantu maupun tanpa bantuan) minimal 2 (dua) dari 6 (enam) Kegiatan Hidup Sehari-hari selama 6 (enam) bulan secara terus – menerus?
(Can such conditions cause the loss of ability to perform (either with help or not) minimum 2 (two) of 6 (six) Daily Activities for 6 (six) consecutive months?) ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

d. Apakah kondisi tersebut termasuk Penyakit non organik? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

(Do such conditions include in non-organic disease?)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

Bagian XV Cedera keracunan dan konsekuensi sebab luar lainnya
(Section XV Injury, poisoning and certain other consequences of external causes)

XV.1. LUKA BAKAR
(BURN INJURY)

a. Apakah Diagnosis 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?
(Is the burns considered Third Degree Burns (parts of skin layer), at least 50% of body surface?)
☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

d. Apakah termasuk luka bakar derajat 3 (seluruh lapisan kulit) yang mencakup setidaknya 20% permukaan tubuh
(Is the burns considered Third Degree Burns (all skin's layer), at least 20% of body surface?) ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

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)

XV.2. CEDERA/TRAUMA KEPALA
(HEAD INJURY/TRAUMA)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Apakah terjadi gangguan fungsi secara menetap? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Was there any permanent function impairment?)

c. Apabila jawaban dari pertanyaan di atas ya maka apakah Diagnosis telah berlangsung setidaknya 3 (tiga) bulan sejak terjadinya Cedera?
(If the answer of the above question is yes, has the Diagnosis been continued for at least 3 (three) months from the event of Injury?)
☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

d. Apakah menyebabkan tidak dapat melakukan setidaknya 3 (tiga) Kegiatan Sehari-hari (lihat catatan*)?
(Was the Illness caused the Insured unable to perform at least 3 (three) Daily Activities) (see app.)?)* ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

e. Apakah telah menjalani operasi Burr Hole? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Has Burr Hole operation been performed?)

f. Apakah menjalani rekonstruksi pada bagian atas leher? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Has reconstruction of upper neck been performed?)

g. 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 XVI External causes of morbidity and mortality

XVI.1. OPERASI KATUP JANTUNG
(HEART VALVE SURGERY)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Apakah dilakukan operasi melalui prosedur minimal invasive / intra arterial untuk menggganti / 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? ☐ 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)

XVI.2. BEDAH OTAK MAJOR
(MAJOR BRAIN SURGEON)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Apakah penyebab dari Diagnosis tersebut merupakan Infeksi dan mikotik aneurisma? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Does the Diagnosis indicate the causes of Illness from infection and aneurysm mycotic?)

c. Apakah telah menjalani tindakan bedah otak kraniotomi? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Has craniotomy brain surgery been performed?)

d. Apakah ditemukan kondisi / tindakan sebagai berikut ini:
(Is the following condition/procedure found:)

- Operasi Burr Hole ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
  (Burr Hole Surgery)
- Operasi Transsphenoidal ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
  (Transsphenoidal Surgery)
- Endoskopi atau invasive minimal lainnya ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
  (Endoscopy or other minimum invasive surgery)
- Operasi otak sebagai akibat dari kecelakaan ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
  (Brain surgery as a result of accident)

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

Bagian XVII Faktor-faktor yang mempengaruhi status kesehatan dan kunjungan ke layanan kesehatan
(Section XVII Factors influencing health status and contact with health services)

XVII.1. TRANSPLANTASI ORGAN UTAMA
(MAJOR ORGAN TRANSPLANTATION)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

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

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

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

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

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

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

XVII.2. Angioplasty/Coronary Artery By-pass Surgery
(Angioplasty/Coronary Artery By-pass Surgery)

a. Apakah Diagnosis 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 (%)?)

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:)

d. Apakah dilakukan Coronary Artery Bypass Grafting (CABG) secara minimal invasif untuk memperbaiki atau menangani Penyakit pembuluh koroner?
(Has Coronary Artery Bypass Grafting (CABG) in minimum invasive been performed to repair or take care coronary artery disease?)
☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

e. Apakah dilakukan Angioplasty / Kateterisasi / operasi Keyhole / prosedur laser? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Has angioplasty/catheterization/keyhold surgery/laser procedure been performed?)

f. Apakah dilakukan CABG dengan cara operasi terbuka pada dada untuk memperbaiki penyempitan pembuluh darah?
☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
(Has CABG with open surgery to chest been performed to repair artery narrowing?)

MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

XVII.3. KEHILANGAN ANGGOTA GERAK
(LOSS OF LIMBS)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
(What is the Diagnosis of Illness?)

b. Apakah terjadi kehilangan 2 (dua) 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 2 (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)

Penyakit Kritis AMANI/SOFI
(AMANI/SOFI Critical Illness)

Bagian I SISTEM ORGAN JANTUNG & PEMBULUH DARAH
(Section I HEART & BLOOD VESSEL ORGAN SYSTEM)

Tanpa Tindakan Bedah
Without Surgical Action

Terjadinya salah satu dari keadaan berikut ini:
One of the following conditions occurs:

(i) Hasil pemeriksaan Ekokardiogram menunjukkan fraksi ejeksi jantung kurang dari atau sama dengan 30% ?
Echocardiogram examination results show a cardiac ejection fraction less than or equal to 30%? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

(ii) Gangguan jantung setidaknya kelas IV dari Klasifikasi New York Heart Association (NYHA)
Cardiac disorder at least class IV of the New York Heart Association (NYHA) Classification ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

(iii) Gangguan jantung pada Tahap D dari Klasifikasi tahapan gagal jantung sesuai *American College of Cardiology Foundation/American Heart Association (ACCF/AHA) ?*
Cardiac disorder in Stage D of heart failure stages classification according to American College of Cardiology Foundation/American Heart Association (ACCF/AHA)? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

Bagian II SISTEM ORGAN PERNAPASAN
(Section II RESPIRATORY ORGAN SYSTEM)

Tanpa Tindakan Bedah
Without Surgical Action

(i) Penyakit paru kronis yang parah dan tidak dapat dipulihkan disertai dispnea saat istirahat
Severe and irreversible chronic lung disease with dyspnea at rest time ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

(ii) Tes fungsi paru secara konsisten menunjukkan FEV1 kurang dari atau sama dengan 30% dari nilai FEV1 yang diprediksi dan analisis gas darah arteri dengan tekanan oksigen parsial 55mmHg atau kurang (PaO2 55mmHg); membutuhkan terapi oksigen tambahan permanen sesuai pedoman pengobatan standar untuk gagal napas.

Pulmonary function tests consistently show an FEV1 of less than or equal to 30% of the predicted FEV1 value and arterial blood gas analysis with a partial oxygen pressure of 55mmHg or less (PaO2 55mmHg); require permanent supplemental oxygen therapy according to standard treatment guidelines for respiratory failure.

☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

Bagian III SISTEM ORGAN GINJAL
(Section III KIDNEY ORGAN SYSTEM)

Tanpa Tindakan Bedah
Without Surgical Action

Gangguan fungsi ginjal yang parah dan tidak dapat dipulihkan yang membutuhkan dialisis ginjal permanen atau transplantasi ginjal. ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
Severe and irreversible impairment of kidney function requiring permanent kidney dialysis or kidney transplant.

Bagian IV SISTEM ORGAN SYARAF
(Section IV THE SYSTEM OF NERVOUS ORGANS)

Tanpa Tindakan Bedah
Without a Surgery Act

Terjadinya salah satu dari keadaan berikut ini:
There occurs one of the following conditions:

(i) Diagnosis Penyakit neuro-muskular yang mengakibatkan kelemahan otot yang signifikan dan ketidakmampuan permanen untuk melakukan 3 dari 6 Kegiatan Hidup sehari-hari.
Diagnose on neuro-muscular disease which causes a significant muscular weakness and a permanent disability to perform 3 out of the 6 daily life activities

Kondisi permanen tersebut harus didiagnosis dalam kurun waktu paling sedikit 6 bulan. ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
permanent condition must be diagnosed within at least 6 months' period

(ii) Koma yang membutuhkan penggunaan sistem pendukung kehidupan dan berlangsung terus menerus selama minimal 96 jam dan mengakibatkan defisit neurologis permanen. ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
A comma that needs the use of life supporting system and lasts continuously for at least 96 hours and causes a permanent neurologic deficit

Kondisi permanen tersebut harus didiagnosis dalam kurun waktu paling sedikit 6 bulan. ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
permanent condition must be diagnosed within at least 6 months' period

(iii) Diagnosis demensia berat yang disebabkan oleh penyakit Alzheimer atau penyakit organik ireversibel dengan Clinical Dementia Rating 3 dan didukung oleh skor Mini Mental State Examination ("MMSE") 17 atau kurang (dari 30) atau dinilai dengan 2 (dua) tes neuropsikometri yang dilakukan dalam 6 bulan terpisah dengan serangkaian tes yang dengan jelas menentukan tingkat keparahan gangguan tersebut ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
Diagnose on a severe dementia which is caused by Alzheimer or any irreversible organic diseases with Clinical Dementia Rating 3 and supported by the Mini Mental State Examination ("MMSE") score of 17 or less (than 30) or is assessed by 2 (two) neuro-psychometric tests conducted within two separated 6 months with a series of tests which clearly define the severity level of said disorder

Bagian V SISTEM INDERA
(Section V SENSING SYSTEM)

Tanpa Tindakan Bedah
Without a Surgery Act

Terjadinya salah satu dari keadaan berikut ini:
There occurs one of the following conditions:

(i) Kehilangan penglihatan permanen dan tidak dapat dipulihkan di kedua mata sebagai akibat dari Penyakit atau Kecelakaan dan ketika diuji dengan alat bantu visual menggunakan grafik mata Snellen atau tes lain yang setara, hasil penglihatan 3/60 atau lebih buruk pada kedua mata, atau bidang visual 20 derajat atau kurang di kedua mata ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
A permanent losing of sight and irrecoverable at the two eyes as the consequence of a disease or accident and when it is tested by a visual aid by using Snellen eye-graphic or another equal test, the sight result is 3/60 or more or worse at both eyes or a visual plane of 20 degree or less at both eyes.

Apakah kondisi permanen tersebut didiagnosis dalam kurun waktu paling sedikit 6 bulan? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
Was the permanent condition diagnosed within a period of at least 6 months?

Apakah ada perangkat atau implan dapat mengakibatkan pemulihan sebagian atau keseluruhan kemampuan penglihatan ? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
Is there any device or implant that is capable of resulting in a partly or wholly recovery of sight capability?
Kebutaan harus dikonfirmasi oleh dokter mata
A blindness must be confirmed by an ophthalmologist.

(ii) Kehilangan pendengaran permanen dan tidak dapat dipulihkan sekurang-kurangnya 90 desibel pada semua frekuensi pendengaran di kedua telinga sebagai akibat dari Penyakit atau Kecelakaan. ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
A permanent losing of hearing and is irrecoverable of at least 90 decibels at all of hearing frequencies at both ears caused by a disease or accident

Apakah kondisi permanen tersebut didiagnosis dalam kurun waktu paling sedikit 6 bulan. ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
Was said permanent condition diagnosed within a period of at least 6 months?
Apakah ada perangkat atau implan dapat mengakibatkan pemulihan sebagian atau keseluruhan kemampuan pendengaran ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
Is there any device or implant that is capable of resulting in a partly or wholly recovery of hearing capability?
Bukti medis berupa tes audiometri dan ambang batas suara harus disediakan dan disahkan oleh dokter spesialis Telinga, Hidung, dan Tenggorokan(THT).
medical evidence in the forms of audiometric and sound threshold tests must be provided and legalized by a specialized medical doctor in Ears, Nose, and Throat

(iii) Hilangnya kemampuan berbicara secara total dan tidak dapat dipulihkan akibat cedera atau penyakit pada pita suara. ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
total loss of speaking capability and is irrecoverable due to an injury or disease in vocal cords
Ketidakmampuan untuk berbicara harus ditetapkan untuk jangka waktu 12 bulan terus menerus ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
disability to speak mist be defined for a continuous 12 months' period
Apakah ada perangkat atau implan dapat mengakibatkan pemulihan sebagian atau keseluruhan kemampuan bicara ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
Is there any device or implant that is capable of resulting in a partly or wholly recovery of hearing capability?
Diagnosis ini harus didukung oleh bukti medis yang diberikan oleh dokter spesialis Telinga, Hidung, Tenggorokan (THT).
diagnose must be supported by a medical evidence that is provided by a specialized medical doctor in Ears, Nose, and Throat

Bagian VI SISTEM ORGAN HATI DAN LIVER
(Section VI CARDIAC AND LIVER ORGANIC SYSTEM)

Tanpa Tindakan Bedah
Without a Surgery Act

Apakah kondisi Pihak yang diasuransikan telah memenuhi skor Child-Pugh Kelas C dan MELD minimal 19 ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
Has the Insured condition already met the Child-Pugh score of C class and MELD of minimum 19
(ii) Apakah penyakit Pihak yang diasuransikan disebabkan oleh Penyakit hati sekunder akibat alkohol atau penyalahgunaan obat-obatan ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
Was the Insured disease caused by secondary liver disease due to alcohol or an abuse of restricted drugs

Bagian VII KETIDAKMAMPUAN
(Section VII DISABILITY)

Tanpa Tindakan Bedah
Without a Surgery Act

Kecelakaan atau sakit yang mengakibatkan salah satu dari kondisi berikut terpenuhi:
An accident or disease which results in one of the following conditions are fulfilled:
(i) Jika Pihak Yang Diasuransikan berusia di bawah 16 tahun pada saat Kecelakaan atau sakit dimana mengakibatkan cacat fisik permanen dan tidak dapat dipulihkan ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
If the Insured party is in the age of below 16 years old during the accident or disease which caused a permanent physical disability and irrecoverable

Apakah Pihak yang diasuransikan membutuhkan Perawatan medis di fasilitas medis khusus sepanjang hidup nya ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
Does the Insured need a medical treatment at specific medical facility all of his/her lifetime?
Kondisi permanen tersebut didiagnosis dalam kurun waktu paling sedikit 6 bulan. ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
permanent condition was diagnosed within at least 6 months' period

Jika Pihak Yang Diasuransikan berusia 16 tahun atau lebih pada saat Kecelakaan atau sakit dimana kondisi tersebut harus menyebabkan ketidakmampuan permanen

☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
If the Insured party is in the age of 16 years old or more during the accident or disease where said condition shall cause a permanent disability

Apakah Pihak yang diasuransikan tidak dapat melakukan setidaknya 3 dari 6 Kegiatan Hidup Sehari-hari tanpa bantuan orang lain ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
Is the Insured unable to perform at least 3 out of 6 daily life activities without another party's assistance
Kondisi permanen tersebut harus didiagnosis dalam kurun waktu paling sedikit 6 bulan ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
permanent condition must be diagnosed within at least 6 months' period
(iii) Kehilangan seluruhnya dan secara permanen penggunaan kedua lengan atau kedua kaki, atau satu lengan dan satu kaki, dan kelumpuhan tersebut berlangsung selama setidaknya 6 bulan sejak tanggal Kecelakaan atau Penyakit. ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
A total and permanent loss of use on both hands or both legs, or one hand and one leg, and said disability lasts continuously for at least 6 months since the accident or disease
(iv) Luka bakar derajat ketiga atau ketebalan penuh yang menutupi setidaknya 20% dari luas permukaan tubuh yang diukur dengan *The Rule of Nines and Browder Body Surface Chart* ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
A third degree burn or a full thickness which covers at least 20% of the body surface's area being measured by The Rule of Nines and Browder Body Surface Chart

Bagian VIII KANKER (CANCER)
(Section VIII CANCER)

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
What's the diagnose of the disease? .....
b. Berapakah stadiumnya? .....
What stadium is it? .....
c. Apakah ada penyebaran? ..... ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
Is there any spread.....
If YES, explain the area of spreading
d. Apakah hasil pemeriksaan histopatologisnya?.....
What's the result of its histopathologic examination?
e. Apakah termasuk Carcinoma in-situ : ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
Is it included in Carcinoma in-situ :
f. Apakah termasuk CIN (Cervical Intraepithelial Neoplasia) I, II, III? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
Is it included in CIN (Cervical Intraepithelial Neoplasia) I, II, III?
g. Apakah termasuk lesi intraepitel skuamosa (HSIL dan LSIL)? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
Is it included in intra-epithel squamosal (HSIL and LSIL) lesion?
h. Apakah Diagnosis tersebut timbul akibat infeksi HIV? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
was the Diagnose conducted due to a HIV infection?
Diisi HANYA jika Diagnosis adalah Kanker pada Kulit, Prostat, Tiroid, Kandung Kemih atau Leukemia Limfositik Kronis
Please fill-in ONLY when the diagnose is cancer on the skin, prostate, thyroid, bladder or chronic lymphocytic leukemia
i. Untuk semua Kanker Kulit, termasuk Melanoma Malignant, apakah terbatas pada kulit dan tidak menimbulkan metastasis ke limfa node?
For all skin cancers, including Melanoma Malignant, is it limited only to skin and does not cause a metastasis to the lymph node?

j. Untuk Kanker Prostat, Tiroid dan Kandung Kemih, apakah secara histologis tumor diklasifikasikan T1N0M0 ? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
For prostate, thyroid and bladder cancers, is the tumor classified histologically as T1N0M0 ?
k. Untuk Tumor Stroma Gastro-Intestinal, apakah di klasifikasikan sebagai Stadium 1 atau IA atau dibawahnya? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
For Stroma Gastro-Intestinal tumor, is it classified as Stadium 1 or IA or below?
l. Leukemia Limfositik Kronis, apakah diklasifikasikan kurang dari stadium 3 RAI? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
For chronic lymphocytic leukemia, is classified as less than stadium 3 RAI?

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

Bagian IX SERANGAN JANTUNG
Section IX HEART ATTACK

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
What is the diagnose of the disease? .....

b. Apakah didukung oleh kriteria sebagai berikut:
Was it supported by the following criteria:

- Riwayat nyeri dada yang khas ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
A specific chest pain
- Perubahan elektrokardiografi yang baru terjadi yaitu ST elevasi atau ST depresi, T inversi, *Q patologis atau left bundle branch block;* ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
a newly occurred change of electrocardiography, i.e. ST elevation or ST depression, T inversion, Q pathology or left bundle branch block;

- Adanya peningkatan biomarker jantung, termasuk CKMB di atas tingkat normal yang diterima secara umum atau Troponin T atau I Jantung pada 0,5ng/ml ke atas; ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
There is an increase in cardiac biomarker, including CKMB above the generally acceptable normal level or Troponin T or I Cardiac at 0,5ng/ml and above;
- Bukti pemeriksaan adanya kehilangan kekuatan miokardium yang baru atau adanya kelainan gerakan dinding ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
An evidence of check-up on a new loss of myocardium strength or there is an abnormality in walls' movement

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

Bagian X Stroke
Section X Stroke

a. Apakah Diagnosis Penyakitnya? .....
what's the Diagnose of the disease? .....
b. Apakah terdapat Bukti kerusakan neurologis permanen? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
is there an evidence of a permanent neurologic damage?
Bila ya, berapa lama kondisi tersebut dialami? .....
If yes, how long said condition is suffered? .....
c. Apabila jawaban dari pertanyaan di atas ya maka :
if the answer to the above question is yes, then:

- Apakah terdapat kehilangan fungsi motorik total dan permanen pada satu atau lebih anggota tubuh ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
Is there a total and permanent loss of motoric function in one or more of body limbs?
- Apakah terdapat kehilangan kemampuan berbicara secara permanen karena kerusakan pada pusat bicara di otak? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
Is there a permanent loss of speaking ability due to a damage to the speaking center in the brain?
- Apakah terdapat Ketidakmampuan permanen untuk melakukan 3 dari 6 "aktivitas kehidupan sehari-hari" tanpa bantuan orang lain? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*

Is there a permanent disability to perform 3 out of 6 daily life activities without another person's assistance?

Tidak, Sebutkan jenis ketidakmampuan tersebut.....
No, please mention the type of said disability.....

d. Apakah kondisi yang dialami termasuk *Transient Ischaemic Attacks dan defisit neurologis iskemik reversible?* ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
is the condition suffered includes Transient Ischaemic Attacks and a reversible ischemic neurologic deficit?
e. Apakah termasuk Kerusakan otak akibat kecelakaan atau cedera luar, infeksi, vaskulitis, inflamasi penyakit dan migrain? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
is it included a brain damage due to an accident or outer injury, infection, vasculity, inflammation of disease and migraine?

f. Apakah termasuk Penyakit vaskular yang menyerang mata atau saraf optik; dan gangguan iskemik pada sistem vestibular? ☐ Ya *(Yes)* ☐ Tidak *(No)*
is it included a vascular disease which attacks eyes or optical nerves; and an ischemic disorder in vestibular system?

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)
(PLEASE ATTACH ALL OF EXAMINATION REPORTS)

Saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Saya telah memeriksa Penyakit/luka yang diderita oleh pasien tersebut.
(I hereby certify that I have examined disease/injury endured by the patient in question.)
Saya menyatakan bahwa seluruh informasi di atas adalah benar menurut pengetahuan dan keyakinan Saya.
(I acknowledge that all of the foregoing information is true to best of my knowledge and belief.)

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