

FORMULIR KLAIM PENYAKIT KRITIS (BAGIAN 1)

(Dilengkapi oleh Pemegang Polis dan Tertanggung/Peserta dengan jujur dan benar)

Pengajuan Formulir Klaim ini harus disertai dengan :

- Surat Keterangan Dokter Klaim Penyakit Kritis (Bagian 2) asli
- Fotokopi identitas Pemegang Polis dan Tertanggung/Peserta yang masih berlaku
- Fotokopi semua hasil pemeriksaan (laboratorium, radiologi, obat, dan lain-lain) serta dokumen persyaratan klaim lainnya
- Fotokopi buku Tabungan Pemegang Polis
- Surat Keterangan Kepolisian (apabila akibat kecelakaan) asli atau legalisirnya

IDENTITAS DIRI

Nomor Polis	<input type="text"/>	
Nama Pemegang Polis	<input type="text"/>	
Nama Tertanggung	<input type="text"/>	
Tempat & tanggal lahir	<input type="text"/> & <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Jenis Kelamin L <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>
Alamat lengkap	<input type="text"/>	
No Telepon Rumah	<input type="text"/>	No HP <input type="text"/>
No Telepon Kantor	<input type="text"/>	Email <input type="text"/>

INFORMASI KLAIM
Riwayat Penyakit Sekarang

Sebab Perawatan	<input type="checkbox"/> Penyakit	<input type="checkbox"/> Kecelakaan
Keluhan/Gejala	<input type="text"/>	
Tanggal pertama kali diderita	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Kronologis kejadian sampai dirawat	<input type="text"/>	
Kondisi saat ini	<input type="text"/>	

Riwayat Penyakit Dahulu

Gejala/Diagnosa penyakit	<input type="text"/>	
Tanggal pemeriksaan/perawatan	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	s/d <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Dokter/Rumah Sakit	<input type="text"/>	No. Telepon <input type="text"/>
Alamat lengkap	<input type="text"/>	
Apakah Tertanggung mempunyai asuransi yang lain ?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Jika Ya, cantumkan nama perusahaan dan nomor polis	<input type="text"/>	

Informasi Dokter atau Rumah Sakit Langgan

Dokter/Rumah Sakit	<input type="text"/>	No. Telepon <input type="text"/>
Alamat lengkap	<input type="text"/>	

Jika klaim, disetujui, maka pembayaran klaim akan ditransfer ke (lampirkan fotokopi buku Tabungan) :

Nomor rekening	<input type="text"/>	
Bank	<input type="text"/>	Cabang <input type="text"/>
Negara tempat Penerima pembayaran klaim	<input type="text"/>	
Atas nama	<input type="text"/>	

PERNYATAAN PEMBERIAN KUASA

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti, menjawab pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan benar. Dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, perusahaan asuransi dan badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan diri atau kesehatan Pemegang Polis/Tertanggung untuk memberitahukan kepada Astra Life (PT ASURANSI JIWA ASTRA).

Kuasa ini merupakan bagian yang tidak terpisahkan dengan Polis dan mengikat Saya, Ahli Waris serta Keluarga Saya. Untuk pelaksanaan Kuasa ini Saya dengan ini melepaskan ketentuan-ketentuan dalam Pasal 1813, 1814, dan 1816 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata.

Copy dari pernyataan ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

Nama lengkap	<input type="text"/>
Hubungan dengan Tertanggung	<input type="text"/>

 Tanggal / /

Tanda Tangan Pemberi Kuasa

PT ASURANSI JIWA ASTRA terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

SURAT KETERANGAN DOKTER KLAIM PENYAKIT KRITIS (BAGIAN 2)

(Dilengkapi oleh Dokter yang merawat/memeriksa)

IDENTITAS PASIEN

Nama Pasien

Tanggal lahir / / Umur Tahun Jenis Kelamin L P

Nomor Rekam Medis

Klaim yang akan diajukan untuk Penyakit di bawah ini:

(mohon memberikan tanda (x) pada kolom yang sesuai dan coret yang tidak perlu, sesuai dengan kondisi penyakit kritis pasien dan mengisi secara lengkap pada pertanyaan yang sesuai dengan penyakit/kondisi Pasien)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Kanker | <input type="checkbox"/> 13. Anemia Aplastik |
| <input type="checkbox"/> 2. <i>Myocardial Infarction/Coronary Angioplasty/Operasi Jantung Koroner (by pass)/Cardiomyopathy</i> | <input type="checkbox"/> 14. Meningitis Bakteri/Radang Otak |
| <input type="checkbox"/> 3. Major Stroke | <input type="checkbox"/> 15. Tumor Otak Jinak |
| <input type="checkbox"/> 4. Gagal Ginjal/ <i>Medullary Cystic Disease</i> | <input type="checkbox"/> 16. Penyakit Hati Kronis/ <i>Fulminant Viral Hepatitis</i> |
| <input type="checkbox"/> 5. Transplantasi Organ Tubuh Penting | <input type="checkbox"/> 17. Koma |
| <input type="checkbox"/> 6. Operasi Penggantian Katub Jantung | <input type="checkbox"/> 18. Penyakit Paru-paru Tahap Akhir |
| <input type="checkbox"/> 7. Kelumpuhan (<i>Paralysis</i>)/ <i>Loss of Limbs</i> | <input type="checkbox"/> 19. HIV Yang Disebabkan Transfusi Darah |
| <input type="checkbox"/> 8. Kehilangan Kemampuan Melihat (Buta)/Kehilangan Kemampuan Mendengar (tuli)/Kehilangan Kemampuan Berbicara | <input type="checkbox"/> 20. Luka Bakar besar |
| <input type="checkbox"/> 9. Operasi Pembuluh Aorta | <input type="checkbox"/> 21. <i>Major Head Trauma</i> |
| <input type="checkbox"/> 10. <i>Multiple Sclerosis</i> | <input type="checkbox"/> 22. <i>Poliomyelitis</i> |
| <input type="checkbox"/> 11. Penyakit <i>Alzheimer</i> | <input type="checkbox"/> 23. Penyakit Motor Neuron/ <i>Muscular Dystrophy</i> /Penyakit Parkinson |
| <input type="checkbox"/> 12. <i>Appalic Syndrome</i> | <input type="checkbox"/> 24. <i>Primary Pulmonary Arterial Hypertension</i> |
| | <input type="checkbox"/> 25. Lainnya - - - - - |

DATA PERAWATAN/PENYAKIT

a. Apakah Anda Dokter yang merawat Pasien tersebut? Ya Tidak

b. Tanggal pertama kali konsultasi untuk penyakit Pasien / /

c. Gejala/Keluhan penyakit _____

d. Tanggal pertama kali keluhan/gejala diketahui Pasien / /

e. Diagnosa penyakit _____

f. Tanggal pertama kali Diagnosa ditegakkan / /

g. Penyebab penyakit _____

h. Apakah sebelumnya Pasien pernah menderita penyakit tersebut atau penyakit yang berhubungan dengan penyakit sekarang? Ya Tidak
 Jika Ya, mohon tuliskan penyakit yang berhubungan dengan penyakit sekarang dan sejak kapan diderita _____
 Diderita sejak / /

i. Riwayat penyakit dahulu

Tanggal	Gejala Penyakit	Diagnosa	Nama Rumah Sakit

Nama dan Alamat Dokter yang merujuk: _____

1. KANKER

Diagnosa penyakit _____

Berapakah stadium penyakitnya? _____

Apakah penyakit kankernya sudah menyebar ke jaringan sekitarnya? Ya Tidak

Jika Ya, mohon jelaskan _____

Mohon jelaskan hasil pemeriksaan histopatologisnya _____

Apakah kanker yang diderita pasien termasuk Ca Insitu? Ya Tidak

Apakah diagnosa tersebut disebabkan karena infeksi HIV? Ya Tidak

Disini hanya untuk Kanker pada : **Kulit, Prostat, Tiroid, Kandung Kemih atau Leukemia Limfositik Kronis**

1. *Kanker Kulit (termasuk Melanoma Malignant)*
 apakah lesinya kurang dari 1.5 mm ketebalan Breslow atau kurang dari stadium 3 skala Clark? Ya Tidak

2. *Kanker Prostat, Tiroid, Kandung Kemih*
 apakah secara histologis tumor diklasifikasikan T1N0M0 (Klasifikasi TMN)? Ya Tidak

3. Leukemia Limfositik Kronis
 apakah diklasifikasikan kurang dari stadium 3 RAI? Ya Tidak

Mohon melampirkan semua hasil pemeriksaan yang dilakukan

PT ASURANSI JIWA ASTRA terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

2. MYOCARDIAL INFARCTION/CORONARY ANGIOPLASTY/OPERASI JANTUNG KORONER (BY PASS)/CARDIOMYOPATHY

Diagnosa penyakit _____

Apakah ada riwayat nyeri dada yang khas serangan jantung ? Ya Tidak

Apakah ada kelainan/perubahan pada gambaran elektrokardiogram (EKG) yang khas untuk myocardial infarction? Ya Tidak

Jika Ya, mohon jelaskan perubahan EKG tersebut _____

Apakah terjadi peningkatan kadar enzim jantung (CK - MB/Troponin T atau I)? Ya Tidak

Jika Ya, mohon lampirkan hasilnya _____

Apakah nilai fraksi ejeksi ventrikel kiri dibawah 50 % selama 3 bulan atau lebih dari serangan jantung ? Ya Tidak

Apakah terjadi kerusakan ventrikel kiri secara permanen minimal kelas 4 NYHA ? Ya Tidak

Apakah terdapat sumbatan pembuluh darah jantung ? Ya Tidak

Jika Ya, mohon memberikan tanda (x) pada kolom di bawah ini dan tuliskan persentase sumbatan tersebut

<input type="checkbox"/> Left Main Coronary Artery _____ %	<input type="checkbox"/> Circumflex Artery _____ %
<input type="checkbox"/> Left Anterior Descending _____ %	<input type="checkbox"/> Right Coronary Artery _____ %

Apakah sudah dilakukan operasi untuk penyakit jantung yang diderita Pasien ? Ya Tidak

Jika Ya, mohon memberikan tanda (x) pada kolom operasi di bawah ini

<input type="checkbox"/> Ballon Angioplasty/Kateterisasi Intra Arterial	<input type="checkbox"/> Laser Surgery
<input type="checkbox"/> Coronary Bypass Artery Surgery	<input type="checkbox"/> Keyhole Coronary Bypass
<input type="checkbox"/> Stent Implant (Ring)	<input type="checkbox"/> Lainnya, jelaskan _____

Apabila Pasien mengalami cardiomyopathy, sejak kapan Pasien mengalami kelumpuhan otot jantung tersebut ? _____

Apakah penyakit cardiomyopathy yang diderita berhubungan dengan penyalahgunaan alkohol atau obat-obatan ? Ya Tidak

Mohon melampirkan semua hasil pemeriksaan yang dilakukan

3. MAJOR STROKE

Diagnosa penyakit _____

Penyebab penyakit _____

Apakah penyakitnya menimbulkan defisit neurologis permanen ? Ya Tidak

sejak kapan defisit neurologis tersebut / /

Jika Ya, mohon sebutkan defisit neurologis yang terjadi _____

Apakah kondisi penyakit merupakan Transient Ischaemic Attacks (TIA) ? Ya Tidak

Apakah termasuk gangguan ischaemic dari vestibular system ? Ya Tidak

Apakah penyakit pembuluh darah tersebut mempengaruhi mata dan syaraf mata ? Ya Tidak

Apakah Pasien dilakukan pemeriksaan penunjang yang mendukung diagnosa tersebut Ya Tidak

Jika Ya, mohon jelaskan _____

Mohon melampirkan semua hasil pemeriksaan yang dilakukan

4. GAGAL GINJAL/MEDULLARY CYSTIC DISEASE

Diagnosa penyakit _____

Penyebab penyakit _____

Manifestasi klinis _____

Apakah termasuk gagal ginjal tahap akhir ? Ya Tidak

Gagal Ginjal terjadi pada : Ginjal kiri Ginjal kanan Kedua Ginjal

Apakah memerlukan hemodialisa secara menetap ? Ya Tidak

Apakah perlu dilakukan transplantasi ginjal ? Ya Tidak frekuensi _____ / minggu

Mohon jelaskan hasil pemeriksaan penunjang yang sudah dilakukan untuk menegakkan diagnosa _____

Mohon melampirkan semua hasil pemeriksaan yang dilakukan

5. TRANSPLANTASI ORGAN TUBUH PENTING

Diagnosa penyakit _____

Bagian tubuh yang ditransplantasi adalah _____

<input type="checkbox"/> Ginjal	<input type="checkbox"/> Hati	<input type="checkbox"/> Pankreas	<input type="checkbox"/> Stem cell
<input type="checkbox"/> Jantung	<input type="checkbox"/> Paru-paru	<input type="checkbox"/> Sumsum tulang manusia (haematopotic system cells)	<input type="checkbox"/> Lainnya

(untuk transplantasi sumsum tulang)

Apakah transplantasi sumsum tulang didahului oleh total ablasi ? Ya Tidak

Apakah terjadi kegagalan tahap akhir dari fungsi organ tersebut ? Ya Tidak

Mohon jelaskan _____

Mohon melampirkan semua hasil pemeriksaan yang dilakukan

6. OPERASI PENGGANTIAN KATUB JANTUNG

Diagnosa penyakit _____

 Mohon jelaskan hasil pemeriksaan penunjang yang dilakukan untuk menegakkan diagnosa tersebut

 Apakah dilakukan operasi untuk mengganti/memperbaiki katub jantung ? Ya Tidak

Jika Ya, teknik apa yang dilakukan _____

 Apakah operasi yang dilakukan merupakan operasi jantung terbuka ? Ya Tidak

Mohon melampirkan semua hasil pemeriksaan yang dilakukan
7. KELUMPuhan (PARALYSIS)/LOSS of LIMBS

Diagnosa penyakit _____

 Apakah akibat penyakit terjadi kehilangan fungsi anggota gerak? Ya Tidak

 Jika Ya, sejak kapan / /

 Apakah kehilangan fungsi gerak tersebut bersifat permanen ? Ya Tidak

Kehilangan fungsi gerak tersebut terjadi pada

 satu anggota gerak dua anggota gerak tiga anggota gerak empat anggota gerak

Mohon sebutkan _____

 Apakah Pasien juga mengalami kehilangan anggota gerak secara menyeluruh ? Ya Tidak

 Jika Ya, apakah kehilangan tersebut terjadi pada 2 atau lebih anggota gerak ? Ya Tidak

 Mohon jelaskan dan gambarkan batas kehilangan anggota gerak yang diderita oleh Pasien

 Apakah penyebab dari penyakit/cidera yang diderita oleh Pasien merupakan akibat tindakan mencederai diri sendiri ? Ya Tidak

Jika Tidak, mohon jelaskan penyebabnya _____

Mohon melampirkan semua hasil pemeriksaan yang dilakukan
8. KEHILANGAN KEMAMPUAN MELIHAT (BUTA)/KEHILANGAN KEMAMPUAN MENDENGAR (TULI)/KEHILANGAN KEMAMPUAN BERBICARA

Diagnosa penyakit _____

 Penyebab penyakit Cedera Penyakit _____

Akibat penyakit/cedera yang diderita, Pasien mengalami kehilangan

 Kemampuan melihat (buta) satu mata Kemampuan mendengar (tuli) satu mata

 Kemampuan melihat (buta) kedua mata Kemampuan mendengar (tuli) dua mata

 Kemampuan berbicara (bisu)

 Apakah kehilangan kemampuan tersebut terjadi secara total ? Ya Tidak

 Apakah kehilangan kemampuan tersebut terjadi permanen dan terus menerus ? Ya Tidak

 Apakah kehilangan kemampuan tersebut dapat dipulihkan ? Ya Tidak

 Sejak kapan Pasien menderita kehilangan kemampuan tersebut / /

 Mohon tuliskan hasil pemeriksaan penunjang yang dilakukan dan jelaskan _____

Mohon melampirkan semua hasil pemeriksaan yang dilakukan
9. OPERASI PEMBULUH AORTA

Diagnosa penyakit _____

 Apakah dilakukan operasi untuk memperbaiki pembuluh aorta tersebut ? Ya Tidak

Jika Ya, mohon jelaskan _____

 Bagian aorta yang dioperasi adalah : Aorta Thorakalis Aorta Abdominalis Lainnya _____

 Apakah operasi yang dilakukan merupakan operasi jantung terbuka ? Ya Tidak

Mohon melampirkan semua hasil pemeriksaan yang dilakukan
10. MULTIPLE SCLEROSIS

Diagnosa penyakit _____

Apakah diagnosa meliputi kondisi sebagai berikut ini:

- Terdapat gejala yang mengarah pada serabut-serabut (substansi putih) yang meliputi saraf optik, batang otak dan spinal cord? Ya Tidak

- Dokumentasi riwayat kekambuhan dan remisi dari gejala dan defisit neurologis Ya Tidak

- Apakah terdapat defisit neurologis Ya Tidak

 Jika Ya, mohon sebutkan defisit neurologisnya dan sejak kapan / /

Apakah kerusakan sistem saraf tersebut disebabkan oleh :

 Human Immunodeficiency Virus (HIV) Ya Tidak

 Systemic Lupus Erythematosus (SLE) Ya Tidak

Mohon melampirkan semua hasil pemeriksaan yang dilakukan

11. PENYAKIT ALZHEIMER

Diagnosa penyakit _____
 Keluhan/ Gejala _____
 Mohon jelaskan pemeriksaan yang sudah dilakukan untuk menegakkan diagnosa

Apakah penyakit disebabkan/ merupakan :

- Penyakit non organik seperti neurosis atau penyakit kejiwaan?
- Kerusakan otak akibat konsumsi alkohol

Ya
 Ya

Tidak
 Tidak

Mohon melampirkan semua hasil pemeriksaan yang dilakukan

12. APPALIC SYNDROME

Diagnosa penyakit _____
 Mohon jelaskan pemeriksaan yang sudah dilakukan untuk menegakkan diagnosa

Sejak kapan penyakit diderita

/ /

Mohon melampirkan semua hasil pemeriksaan yang dilakukan

13. ANEMIA APLASTIK

Diagnosa penyakit _____
 Mohon jelaskan pemeriksaan yang sudah dilakukan untuk menegakkan diagnosa

Apakah penyakit memerlukan perawatan dibawah ini :

- Transfusi Darah
- Obat penstimulasi sumsum tulang
- Obat immunosupresif
- Transplantasi sumsum tulang

Ya
 Ya
 Ya
 Ya

Tidak
 Tidak
 Tidak
 Tidak

Mohon melampirkan semua hasil pemeriksaan yang dilakukan

14. MENINGITIS BAKTERI/RADANG OTAK

Diagnosa penyakit _____
 Penyebab penyakit _____
 Apakah menimbulkan defisit neurologis yang permanen? Ya Tidak

Jika Ya, mohon jelaskan defisit neurologis permanen tersebut dan sejak kapan diderita

/ /

Mohon jelaskan pemeriksaan penunjang yang dilakukan untuk menegakkan diagnosa

Apakah penyakit yang diderita disebabkan oleh HIV/AIDS? Ya Tidak

Mohon melampirkan semua hasil pemeriksaan yang dilakukan

15. TUMOR OTAK JINAK

Diagnosa penyakit _____
 Apakah tumor otak yang diderita Pasien mengancam hidup? Ya Tidak

Apakah tumor otak yang diderita Pasien telah menyebabkan kerusakan pada otak? Ya Tidak

Apakah telah dilakukan pembedahan untuk membuang tumor tersebut? Ya Tidak

Jika Ya, mohon sebutkan jenis pembedahannya _____

Apakah menimbulkan defisit neurologis yang permanen? Ya Tidak

Jika Ya, mohon jelaskan _____

Apakah tumor merupakan :

- Kista Ya Tidak
- Granuloma Ya Tidak

- Vascular malformations Ya Tidak
- Tumor kelenjar pituary atau tulang belakang Ya Tidak

Mohon jelaskan pemeriksaan penunjang yang dilakukan untuk menegakkan diagnosa

Apakah penyakit yang diderita disebabkan oleh HIV/AIDS? Ya Tidak

Mohon melampirkan semua hasil pemeriksaan yang dilakukan

16. PENYAKIT HATI KRONIS/FULMINANT VIRAL HEPATITIS

Diagnosa penyakit _____

Penyebab penyakit _____

Apakah penyakit hati yang diderita ditandai dengan :

- Kuning yang permanen Ya Tidak
- Ascites Ya Tidak
- Hepatic encephalopathy Ya Tidak
- Pengecilan hati secara cepat Ya Tidak
- Kematian parenkim hati meliputi hampir seluruh lobus hati dan menimbulkan kerusakan reticular dan fungsinya Ya Tidak
- Penurunan secara cepat dari uji fungsi hati Ya Tidak

Apakah penyakit hati yang diderita Pasien merupakan penyakit hati tahap akhir? Ya Tidak

Apakah penyakit disebabkan oleh penyalahgunaan alkohol atau obat-obatan? Ya Tidak

Mohon melampirkan semua hasil pemeriksaan yang dilakukan

17. KOMA

Diagnosa penyakit _____

Apakah Pasien mengalami keadaan tidak sadar dan tidak ada reaksi terhadap rangsangan eksternal untuk sedikitnya 96 (sembilan puluh enam) jam? Ya Tidak

Jika Ya, mohon jelaskan _____

Apakah kondisi Pasien memerlukan alat penunjang kehidupan? Ya Tidak

Apakah Pasien mengalami kerusakan otak yang mengakibatkan defisit neurologis yang permanen Ya Tidak

Jika Ya, mohon jelaskan dan sejak kapan Pasien mengalaminya / /

Apakah penyakit disebabkan oleh penyalahgunaan alkohol atau obat-obatan? Ya Tidak

Mohon melampirkan semua hasil pemeriksaan yang dilakukan

18. PENYAKIT PARU-PARU TAHAP AKHIR

Diagnosa penyakit _____

Apakah penyakit merupakan penyakit paru-paru tahap akhir? Ya Tidak

Apakah kondisi penyakit memenuhi kriteria dibawah ini :

- Apakah hasil tes FEV menunjukkan kurang dari 1 liter secara konsisten? Ya Tidak
- Apakah Pasien memerlukan terapi oksigen permanen secara konsisten? Ya Tidak
- Apakah ada dyspnoe saat istirahat? Ya Tidak
- Hasil analisa gas darah dengan tekanan oksigen parsial sebesar 55mmHg atau (PaO2 < 55 mmHg) Ya Tidak

Mohon melampirkan semua hasil pemeriksaan yang dilakukan

19. HIV YANG DISEBABKAN TRANSFUSI DARAH

Diagnosa penyakit _____

Apakah penyakit HIV yang diderita melalui transfusi darah meliputi kondisi sebagai berikut :

- transfusi darah yang diperlukan secara medis dan merupakan pengobatan Ya Tidak
- transfusi darah tersebut diterima tanggal / / Ya Tidak
- sumber infeksi berasal dari lembaga yang menyelenggarakan transfusi dan dapat dilacak sumber darah yang terkontaminasi Ya Tidak
- apakah Pasien menderita penyakit Thalassemia atau Haemophilia ? Ya Tidak

Mohon melampirkan semua hasil pemeriksaan yang dilakukan

20. LUKA BAKAR BESAR

Diagnosa penyakit _____

Mohon jelaskan derajat dan luas luka bakar yang terjadi pada Pasien

Luas Luka Bakar _____ %

Derajat Luka Bakar _____

Apakah luka bakar tersebut diakibatkan oleh cedera melukai diri sendiri ? Ya Tidak

Mohon melampirkan semua hasil pemeriksaan yang dilakukan

21. MAJOR HEAD TRAUMA

Diagnosa penyakit _____

Penyebab penyakit _____

Apakah cedera tersebut menimbulkan defisit neurologi permanen ? Ya Tidak

Jika Ya, mohon jelaskan defisit neurologi yang terjadi dan sejak kapan / /

Mohon jelaskan pemeriksaan yang sudah dilakukan untuk menegakkan diagnosa _____

Mohon melampirkan semua hasil pemeriksaan yang dilakukan

PT ASURANSI JIWA ASTRA terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

22. POLIOMYELITIS

Diagnosa penyakit _____
 Penyebab penyakit _____
 Apakah terjadi kelumpuhan pada anggota gerak atau otot pernapasan ? Ya Tidak
 Jika Ya, sejak kapan diderita kelumpuhan tersebut / /
 Mohon jelaskan hasil pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan _____

Mohon melampirkan semua hasil pemeriksaan yang dilakukan

23. PENYAKIT MOTOR NEURON/MUSCULAR DYSTROPHY/PENYAKIT PARKINSON

Diagnosa penyakit _____
 Keluhan/Gejala _____
 Penyebab penyakit _____
 Apakah Pasien mempunyai gangguan intelektual atau defisit neurologi atau kelemahan otot yang menetap? Ya Tidak
 Jika Ya, mohon jelaskan _____
 Apakah Pasien dapat melakukan aktivitas hidup sehari-hari seperti di bawah ini?
 • Mandi Ya Tidak
 • Berpakaian Ya Tidak
 • Beralih tempat Ya Tidak
 • Berpindah tempat dari satu tempat ke tempat lain pada lantai yang datar tanpa menggunakan kursi roda Ya Tidak
 • Buang air (kecil atau besar) Ya Tidak
 • Menyuaup makanan sendiri Ya Tidak
 Jika ada jawaban yang "Ya",mohon sebutkan sejak kapan Pasien tidak dapat melakukan aktivitas tersebut? / /
 Apakah terjadi degenerasi pada hal di bawah ini?
 • Degenerasi progresif pada batang otak dan anterior horn cells atau neuron bulbar efferent termasuk atrofi otot spinal, progresif bulbar palsy, amyotrophic lateral sclerosis dan primary lateral sclerosis Ya Tidak
 • Degenerasi otot herediter yang menyebabkan kelemahan atau atrofi dari otot Ya Tidak
Khusus Penyakit Parkinson
 Apakah penyakit tidak dapat dikontrol dengan pengobatan? Ya Tidak
 Apakah ada tanda-tanda kerusakan secara progresif? Ya Tidak
Mohon melampirkan semua hasil pemeriksaan yang dilakukan

24. PRIMARY PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION

Diagnosa penyakit _____
 Penyebab penyakit _____
 Apakah terjadi pembesaran ventrikel kanan? Ya Tidak
 Apakah ada tanda-tanda kegagalan jantung kanan? Ya Tidak
 Jika Ya, mohon jelaskan _____
 Apakah akibat penyakit ada ketidakmampuan fisik secara permanen pada tingkat setidaknya kelas 4 dari klasifikasi kerusakan jantung oleh asosiasi jantung New York? Ya Tidak
 Jika Ya, mohon jelaskan _____
 Mohon jelaskan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan _____
Mohon melampirkan semua hasil pemeriksaan yang dilakukan

25. LAINNYA

Diagnosa penyakit _____
 Penyebab penyakit _____
 Mohon jelaskan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan _____
Mohon melampirkan semua hasil pemeriksaan yang dilakukan

Pernyataan Dokter

Dengan ini Saya menyatakan seluruh pernyataan, keterangan dan jawaban yang Saya berikan telah sesuai dengan apa yang saya ketahui secara jujur, lengkap, dan benar sesuai dengan profesi Saya.

Nama Dokter

Nama Rumah Sakit

Alamat Rumah Sakit

Ditandatangani di

Tanggal / /

Tanda Tangan Dokter

Stempel Rumah Sakit