



M - SAFE



**PACIFIC CROSS**  
excellence at every contact



**malacca  
trust**  
*insurance*



## EXCELLENCE AT EVERY CONTACT

Cedera atau penyakit terjadi bukan karena pilihan, tetapi menentukan asuransi kesehatan yang berkualitas merupakan pilihan penting bagi kita semua. Anda PASTI menginginkan perawatan medis yang TERBAIK tanpa harus memikirkan konsekuensi finansial yang harus dihadapi.

## + MANFAAT UNGGULAN

---



Bebas memilih dokter dan rumah sakit.



Jaminan geografis yang fleksibel.



14 hari periode *free look*.



Opini medis kedua.



Menjamin biaya imunisasi .



Mendapatkan santunan kematian.



Garansi perpanjangan polis.

## + EVAKUASI DARURAT

Evakuasi medis darurat serta pemulangan jenazah dari luar negeri.

## + OPINI MEDIS KEDUA

Akses untuk mendapatkan tinjauan medis secara independen dari dokter-dokter ahli di bidangnya.

RAWAT INAP DAN PEMBEDAHAN				
Batas Manfaat per Ketidakmampuan Secara Fisik dan Komplikasinya atau per Tahun Polis	TOPAS	OPAL	SAFIR	INTAN
Kamar Rawat Inap di Rumah Sakit (maks. 365 hari) Per hari sampai dengan:	400,000	600,000	850,000	1,300,000
Unit Perawatan Intensif, Ruang Isolasi dan Observasi (maks. 20 hari) Per hari sampai dengan:	800,000	1,200,000	1,700,000	2,600,000
Biaya Pembedahan Termasuk jasa anestesi dan kamar bedah, per kasus sampai dengan:	27,500,000	40,000,000	60,000,000	80,000,000
Biaya Aneka Perawatan Rumah Sakit Termasuk biaya obat-obatan yang diresepkan, pemeriksaan diagnostik dan laboratorium per kasus sampai dengan:	10,000,000	15,000,000	20,000,000	40,000,000
Kunjungan Dokter di Rumah Sakit (Maks. 365 hari) Per hari sampai dengan:	110,000	130,000	200,000	325,000
Kunjungan Dokter Ahli (Maks. 365 hari) Per hari sampai dengan:	220,000	260,000	400,000	650,000
Perawatan Darurat Rawat Jalan dan Gigi karena Kecelakaan Per tahun sampai dengan:	3,000,000	4,000,000	6,000,000	8,500,000
Perawatan Juru Rawat Pribadi di Rumah Sakit (Maks. 365 hari) Per hari sampai dengan:	200,000	300,000	500,000	1,000,000
Biaya Ambulans Per kasus sampai dengan:	275,000	300,000	500,000	700,000
Pengobatan Sebelum (31 hari) dan Sesudah (90 hari) Perawatan di Rumah Sakit Per tahun sampai dengan:	4,000,000	5,000,000	7,500,000	10,000,000
Komplikasi Kehamilan Per tahun sampai dengan:	3,500,000	5,000,000	7,500,000	12,500,000
Perawatan Inap Psikiatri Per tahun sampai dengan:	3,500,000	5,000,000	7,500,000	12,500,000
Pembedahan Rawat Jalan Per tahun sampai dengan:	10,000,000	15,000,000	17,500,000	20,000,000
Santunan Kematian Akibat Kecelakaan		5,000,000		
Evakuasi Medis Darurat		Termasuk		
Opini Medis Kedua		Termasuk		

RAWAT JALAN				
Batas Manfaat per Kunungan atau per Tahun Polis	TOPAS	OPAL	SAFIR	INTAN
Biaya Konsultasi (Dokter Umum dan Spesialis) Per hari, maks. 1 kunjungan per hari	100,000	120,000	175,000	300,000
Obat-Obatan Per tahun sampai dengan:	2,500,000	3,500,000	4,000,000	8,000,000
Perawatan Pencegahan Termasuk Vaksinasi dan Kontrasepsi Per tahun sampai dengan:	1,000,000	1,200,000	1,500,000	3,500,000
Tes Diagnostik Atas rekomendasi Dokter, per tahun sampai dengan:	800,000	1,050,000	1,400,000	3,000,000
Fisioterapi dan Rawat Jalan Alternatif (Chiropractor dan Accupuncture) Atas rekomendasi Dokter, per hari, maks. 10 kunjungan per tahun	100,000	120,000	180,000	250,000
Konsultasi Psikologi Per tahun, sampai dengan:	800,000	1,050,000	1,400,000	3,000,000
Biaya Administrasi Maks. 1 kunjungan per hari	50,000	50,000	50,000	50,000
Tanggungans Sendiri	0%	0%	0%	0%
Tanggungans Sendiri	10%	10%	10%	10%
Tanggungans Sendiri	20%	20%	20%	20%
Batas Tahunan Rawat Jalan	6,000,000	7,500,000	10,000,000	15,000,000



## TENTANG KAMI

---

**PT Malacca Trust Wuwungan Insurance** merupakan salah satu perusahaan asuransi umum tertua di Indonesia yang berdiri sejak tahun 1952. Bekerja sama dengan **Pacific Cross Indonesia**, yang memiliki sekap terjang dan keahlian khusus di bidang asuransi kesehatan internasional, **Malacca Truss Insurance** telah membangun rancangan produk-produk asuransi kesehatan yang secara khusus diperuntukkan untuk pasar Indonesia.

Berpegang teguh pada komitmen untuk menyediakan pelayanan terbaik kepada para nasabahnya, **Malacca Trust Insurance** bersama **Pacific Cross** akan terus berupaya untuk melakukan pengembangan produk, pelayanan, dan jaringan bisnis yang disesuaikan dengan perkembangan industry asuransi kesehatan di Indonesia.



**PACIFIC CROSS**  
excellence at every contact



**PACIFIC CROSS**  
excellence at every contact



**malacca  
trust**  
*insurance*

Chase Plaza Tower 19th Floor  
Jl. Jend. Sudirman Kav. 21 Jakarta 12920, Indonesia  
t. (+62.21) 2598 9878 f. (+62.21) 2598 9879  
[www.pacificcross.co.id](http://www.pacificcross.co.id)



# FORMULIR APLIKASI M - SAFE

Nama Pemegang Polis/Pemohon Belakang \_\_\_\_\_ Depan \_\_\_\_\_ Tengah \_\_\_\_\_

Alamat \_\_\_\_\_ Telepon Rumah \_\_\_\_\_  
 Kantor \_\_\_\_\_  
 Seluler \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

DATA DIRI TERTANGGUNG	TERTANGGUNG #1	TERTANGGUNG #2	TERTANGGUNG #3	TERTANGGUNG #4
Nama Keluarga				
Nama Depan dan Tengah				
Tanggal Lahir	___/___/___ (HH/BB/TT)	___/___/___ (HH/BB/TT)	___/___/___ (HH/BB/TT)	___/___/___ (HH/BB/TT)
Jenis Kelamin	Pria <input type="checkbox"/> Wanita <input type="checkbox"/>	Pria <input type="checkbox"/> Wanita <input type="checkbox"/>	Pria <input type="checkbox"/> Wanita <input type="checkbox"/>	Pria <input type="checkbox"/> Wanita <input type="checkbox"/>
Hubungan dengan Pemegang Polis				
Pekerjaan				
Merokok				
Tinggi	___ Cm/ ___ Ft ___ In	___ Cm/ ___ Ft ___ In	___ Cm/ ___ Ft ___ In	___ Cm/ ___ Ft ___ In
Berat	___ Kg/ ___ Lb	___ Kg/ ___ Lb	___ Kg/ ___ Lb	___ Kg/ ___ Lb
No. KTP atau Paspor				
Kewarganegaraan				
Negara Tempat Tinggal				

PLAN YANG DIPILIH					
<b>M - SAFE</b> Pilihan Plan	<input type="checkbox"/> TOPAS <input type="checkbox"/> +RI	<input type="checkbox"/> OPAL <input type="checkbox"/> Tanggungan Sendiri 20% <input type="checkbox"/> Tanggungan Sendiri 10%	<input type="checkbox"/> +RI & RJ <input type="checkbox"/> Tanggungan Sendiri 0%	<input type="checkbox"/> SAFIR	<input type="checkbox"/> INTAN
Nama Penerima Manfaat					
Hubungan Dengan Tertanggung					

## PERTANYAAN UMUM

- Apakah anda telah diasuransikan dalam 3 tahun terakhir? Ya ( ) Tidak ( ). Jika Ya, mohon diberikan informasi berikut:
  - Apakah polis Anda masih berlaku dan kapan tanggal berakhirnya? \_\_\_\_\_
  - Apakah Anda telah mengajukan klaim dalam 3 tahun terakhir? Jika Ya, mohon berikan rinciannya \_\_\_\_\_
  - Apakah perusahaan Asuransi sebelumnya melakukan perubahan kondisi polis saat perpanjangan? Jika Ya, mohon berikan rinciannya \_\_\_\_\_
  - Mohon diserahkan salinan polis dan daftar manfaat \_\_\_\_\_
- Apakah Anda pernah menderita atau membutuhkan konsultasi, pengobatan jangka panjang, perawatan terapi, perawatan di Rumah Sakit, rumah perawatan, pembedahan atau perawatan untuk suatu penyakit selain penyakit ringan (seperti infeksi saluran pernafasan atas, flu, gastroenteritis dan lain-lain)?  
 Ya ( ) Tidak ( ) Jika Ya, mohon berikan rinciannya  
 Nama Dokter yang Merawat : \_\_\_\_\_ Rumah Sakit \_\_\_\_\_ No. Telp. \_\_\_\_\_  
 Jenis dan Lama Kondisi Sakit : \_\_\_\_\_  
 Tanggal Konsultasi : \_\_\_\_\_  
 Jenis perawatan dan kemungkinan harus dirawat lebih lanjut : \_\_\_\_\_
- Apakah Anda pernah dianjurkan untuk mendapatkan pemeriksaan Rontgen, ECG, MRI, CT Scan atau pemeriksaan/penyelidikan/fasilitas laboratorium medis lainnya?  
 Ya ( ) Tidak ( ) Jika Ya, mohon berikan rinciannya :  
 Nama Dokter yang Merawat : \_\_\_\_\_ Rumah Sakit \_\_\_\_\_ No. Telp. \_\_\_\_\_  
 Jenis dan Lama Kondisi Sakit : \_\_\_\_\_  
 Tanggal Konsultasi : \_\_\_\_\_  
 Jenis perawatan dan kemungkinan harus dirawat lebih lanjut : \_\_\_\_\_

Cara Pembayaran Premi:  
 Tahunan  Semesteran (52% dari premi tahunan)

# PERTANYAAN MEDIS

1. Apakah anda pernah mendapatkan gejala atau diagnosa, diselidiki atau dirawat untuk suatu keadaan yang disebutkan sebagai berikut: (garis bawah hal yang sesuai dan jelaskan dibagian yang tersedia dibawah ini)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a). Gangguan bicara, lumpuh, hilang pendengaran, cacat fisik, lemah fisik, penyakit bawaan dari lahir atau kondisi kronis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b). Asma, kondisi/gangguan pernafasan atau alergi atau gangguan mata, telinga, hidung, tenggorokan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c). Gangguan mental/kejiwaan, pingsan, kehilangan kesadaran, perubahan keadaan emosional, kecanduan obat/alkohol, ayatan/kejang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d). Hipertensi, masalah tekanan darah (tinggi/rendah), sakit dada, masalah kolesterol, vertigo, gangguan jantung/peredaran darah?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e). Batu ginjal, penyakit kelamin, atau gangguan kandung kemih, prostat, ginjal atau saluran kemih?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f). Hepatitis, ulkus, wasir, radang usus besar atau gangguan perut, empedu, hati atau usus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g). Sciatica, sakit bagian belakang, sakit sendi atau rematik, penyakit artritis, penyakit atau gangguan otot, sendi atau tulang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h). Kelainan darah atau gangguan pembuluh darah?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i). HIV, AIDS, Kompleks berkaitan dengan AIDS, atau indikasi mengenai gangguan sistem kekebalan atau darah?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j). Kanker, tumor/benjolan atau kista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k). Gangguan kulit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l). Diabetes melitus, gangguan kelenjar atau hormon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m). Demam rematik, encok, malaria atau hernia yang bersifat apapun juga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n). Gangguan kandungan atau penyakit atau komplikasi yang berkaitan dengan kehamilan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o). Penyakit atau gangguan lainnya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Apakah anda pernah dirawat dengan prednisolon atau obat steroid, atau sedang dalam pengobatan (alergi)? (mohon jelaskan dosis obat rinciannya)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Apakah anda pernah terlibat dalam suatu olahraga? (mohon jelaskan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Apakah anda pernah atau saat ini seorang perokok? Jika ya, berapa lama dan jika masih seorang perokok, berapa banyak batang rokok per hari?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Apakah anda mengkonsumsi alkohol secara teratur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Apakah ada anggota anda yang menderita diabetes, tekanan darah tinggi, kelainan mental, penyakit jantung, TB atau masalah ginjal, kanker, stroke, atau hepatitis kronik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jika Anda menjawab "Ya" untuk pertanyaan di atas, mohon rincian secara lengkap termasuk riwayat medis, diagnosa, tanggal perawatan dan jenis perawatan yang diberikan, tanggal konsultasi terakhir dan laporan medis terkait, dll. (jika ruang di bawah ini tidak cukup, gunakan lembar terpisah).

## PERNYATAAN

Saya dalam hal ini sebagai Pemegang Polis dan/atau Peserta (Tertanggung) menyatakan setuju bahwa:

- Saya mendaftarkan diri untuk mendapatkan perlindungan asuransi yang dikeluarkan oleh PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance selaku Penanggung.
- Sebelum seluruh persyaratan pertanggungan diterima Penanggung sesuai ketentuan Polis Asuransi, Penanggung tidak menjamin adanya pertanggungan.
- Apabila diketahui adanya perubahan kondisi Pemegang Polis/Peserta (Tertanggung) sebelum kondisi dapat diasuransikan tercapai, maka setiap saat Penanggung berhak melakukan seleksi risiko ulang dan Pengelola mempunyai hak untuk membatalkan pertanggungan berdasarkan hasil seleksi risiko ulang tersebut.
- Saya telah membaca, mengerti, dan menjawab pertanyaan-pertanyaan pada Formulir Aplikasi Asuransi Kesehatan ini dengan lengkap dan benar, serta seluruh keterangan telah Saya baca dan periksa kembali kebenarannya sebelum menandatangani Formulir Aplikasi Asuransi Kesehatan ini. Saya juga memahami bahwa keterangan, pernyataan, dan penjelasan tersebut menjadi dasar pertanggungan dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis yang diajukan. Dengan demikian, Saya memberi kuasa kepada **PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance** atau pihak yang diberi kuasa olehnya untuk:
  - Memverifikasi informasi yang telah saya berikan kepada pihak manapun dan memperoleh segala catatan dan keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan saya dari Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Instansi Pemerintah, Perorangan atau Organisasi Lainnya dan bertanggung jawab atas segala isinya dan apabila terdapat keterangan yang tidak benar, maka Saya akan tunduk pada ketentuan Polis.
  - Memberikan informasi yang dikumpulkan oleh **PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance** kepada pihak yang berkepentingan (termasuk namun tidak terbatas pada reasuransi, penyidik klaim, bank dan asosiasi industri) yang memiliki kerjasama dengan **PT. Malacca Trust Wuwungan Insurance** untuk tujuan memproses aplikasi ini dan/atau memproses pembayaran klaim dan/atau untuk keperluan administrasi Polis lainnya.
  - Seluruh salinan dokumen yang diberikan sehubungan dengan penutupan Polis ini adalah sesuai asli dan masih berlaku.

Nama Pemohon (HURUF BESAR) dan tanda tangan	/ / Tanggal (HH/BB/TT)	Broker/Agen
------------------------------------------------	---------------------------	-------------

Anda diwajibkan untuk membaca dan memahami semua pertanyaan dan jawaban yang Anda berikan. Tandatanganilah formulir permohonan ini hanya jika jawaban dipastikan sudah benar. Formulir permohonan berlaku 30 (tiga puluh) hari kalender dan tanggal formulir dilengkapi. Anda wajib mengajukan permohonan ulang apabila masa 30 (tiga puluh) hari sudah lewat.

**Kecelakaan:** Suatu kejadian eksternal yang tidak terduga dan tidak diharapkan yang mengakibatkan cedera yang terjadi selama polis aktif.

**Akut:** Suatu kondisi medis yang singkat dan memiliki titik akhir yang pasti, yang mana dalam konsultasi ditentukan dapat disembuhkan dengan pengobatan.

**Co-asuransi:** Resiko sendiri yang harus dibayar oleh Tertanggung atas biaya asuransi atau manfaat lainnya atas suatu klaim yang diajukan.

**Ketidakmampuan:** Suatu penyakit atau cedera, dan setiap gejalanya, gejala lanjutan atau segala komplikasinya, dan dalam kasus cedera mencakup semua luka-luka yang timbul dari peristiwa yang sama atau serangkaian kejadian yang berkelanjutan.

**Gejala lanjutan:** Kondisi patologis yang timbul akibat suatu penyakit, cedera, atau trauma lainnya.

**Penyakit-penyakit yang sudah ada sebelumnya:** Berarti ketidakmampuan secara fisik yang timbul sebelum tanggal dimana Tertanggung secara terus menerus dijamin di bawah polis ini dan untuk mana Tertanggung:

- Menerima perawatan untuk kondisi tersebut dalam masa sebelum tanggal berlakunya polis dan/atau;
- Menunjukkan gejala-gejala dari kondisi tersebut pada saat atau sebelum tanggal berlakunya polis dan atas mana
- Tertanggung sadar atau sewajarnya telah menyadari dan/atau; Telah dianjurkan oleh dokter untuk mendapat pengobatan medis, terlepas dari pengobatan sebenarnya dilakukan atau tidak.

**Area Pengobatan:** Area geografis yang tercantum dalam tabel manfaat.

**Masa Tunggu:** Manfaat akan dibayarkan atas suatu penyakit yang timbul 30 hari setelah tanggal efektif polis di tahun pertama. Masa tunggu tidak berlaku untuk pembayaran manfaat atas cedera yang timbul akibat kecelakaan yang terjadi setelah masa berlakunya polis.

**Pengecualian:** Perusahaan tidak bertanggung jawab untuk perawatan, jenis, kondisi, kegiatan dan pengeluaran-pengeluaran yang berkaitan dengan:

- Kondisi yang sudah ada sebelumnya yang tidak diberitahukan dan disetujui oleh Perusahaan.
- Penyakit-penyakit khusus yang timbul dalam 12 bulan pertama di tahun pertama periode pertanggungan.
- Semua perawatan dan/atau pengobatan yang berhubungan dengan dialisa.
- AIDS, Kompleks yang berkaitan dengan AIDS, atau Human Immunodeficiency Virus (HIV) dan penyakit yang berkaitan. Pada saat Tertanggung menerima ganti rugi dari pihak ketiga atau dari Manfaat yang sama dari pertanggungan lain.
- Kosmetik atau bedah rekonstruktif elektif.
- Penyakit atau ketidakmampuan secara fisik dari bayi baru lahir selama kelahiran atau 15 hari sesudahnya.
- Penyakit atau kelainan bawaan (termasuk kondisi turunan) dan kelainan/keterlambatan tumbuh kembang.
- Pemberian jasa medis oleh keluarga dekat dan/atau seseorang yang tinggal dalam rumah tangga Tertanggung.

- Perawatan pencegahan, obat-obatan atau pemeriksaan preventif oleh Dokter dan perawatan-perawatan yang bertujuan untuk penurunan dan penambahan berat badan.
- Perawatan atau pelayanan yang tidak ada hubungannya dengan diagnosa, atau yang tidak diperlukan secara medis.
- Berpartisipasi dalam salah satu kegiatan berbahaya dibawah ini atau kegiatan yang serupa: perlombaan balapan apapun kecuali dengan kaki, bersepeda motor (kecuali sebagai transportasi di atas jalanan aspal), terjun payung, gantole, terbang (kecuali sebagai penumpang yang membayar biaya pada pesawat terbang komersil yang memiliki izin), menjelajahi gua atau mendaki dengan tali atau peralatan lainnya, bungee jumping, menyelam (scuba diving) tidak dibawah pengawasan ahli atau pelatih menyelam NAVI atau PADI, atau sampai ke kedalaman laut yang melebihi 30 meter, atau berjalan kaki diatas 5.000 meter.
- Kondisi sebagai akibat daripada perang atau setiap tindakan perang, kerusuhan, perang saudara atau terlibat dalam tindakan kriminal.
- Metode-metode kontrasepsi, Perawatan Imunisasi dan jasa Dokter yang berkaitan dengannya.
- Pemeriksaan fisik secara berkala, screening kesehatan atau tes-tes yang tidak berhubungan dengan pengobatan atau diagnosa.

**CATATAN :**

1. Setiap Pemohon wajib melengkapi Formulir Pengajuan dan informasi tambahan yang mungkin diperlukan.
2. Premi dalam mata uang Rupiah (didasarkan pada usia di hari ulang tahun terdekat) dan bisa berubah. Saat pembaruan polis, bila Anda memasuki batas usia baru maka premi Anda akan berubah mengikuti tabel premi yang berlaku.
3. Polis diperbaharui secara tahunan dan premi disesuaikan secara berkala sesuai dengan pengalaman klaim dan inflasi biaya medis.
4. Semua Pemohon harus berusia kurang dari 65 tahun di setiap pendaftaran pertama.
5. Untuk Pemohon berusia 56-64 tahun saat pendaftaran pertama, berlaku ketentuan berikut untuk penerimaan resiko:
  - a. Pemeriksaan kesehatan yang lengkap dengan biaya Pemohon (akan diganti bila perusahaan menerima pengajuan permohonan).
  - b. Berlaku premi tambahan sesuai dengan hasil pemeriksaan kesehatan.
6. Premi tahunan wajib dibayarkan sebelum pertanggungan bisa dimulai.
7. Pajak dan biaya polis akan ditambahkan terhadap premi yang dikutip di atas.
8. Premi berlaku hanya untuk penduduk Indonesia. Jika anda bermaksud tinggal lebih dari 90 hari di suatu negara lain, anda wajib memberitahu perusahaan untuk pertimbangannya.
9. Salinan dokumen yang diperlukan sesuai tabel di bawah ini.

Persyaratan Dokumen	Usia < 56	Usia 56 - 64
Salinan KTP / Paspor	✓	✓
Salinan Kartu Keluarga	✓	✓
Salinan Polis Kesehatan/Jiwa yang ada	✓	✓
Salinan Hasil Pemeriksaan Kesehatan sebelumnya	✓	✓
Salinan Hasil Pemeriksaan Kesehatan di klinik yang ditunjuk	—	✓

**UNTUK PEMOHON BERUSIA 56 TAHUN KEATAS**  
Harap dikirimkan langsung ke:  
**PT. International Services Pacific Cross**  
Chase Plaza Tower Lt. 19  
Jl. Jend. Sudirman Kav. 21 Jakarta 12920, Indonesia  
t. (+62.21) 2598 9878 f. (+62.21) 2598 9879 E-mail: agency.broker@pic-indo.com / consultant@pic-indo.com

*Catatan: Harap formulir ini diisi dengan lengkap dan dikirim melalui e-mail kepada PT. International Services Pacific Cross*

**BAGIAN I (DI ISI OLEH PEMOHON)**

Nama Lengkap : \_\_\_\_\_  
 Alamat Lengkap : \_\_\_\_\_  
 No. Telepon : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_  
 Tanggal Lahir (DD/MM/YY) : \_\_\_\_\_ Usia : \_\_\_\_ (tahun) Jenis Kelamin : \_\_\_\_\_  
 Kewarganegaraan : \_\_\_\_\_ Negara Domisili : \_\_\_\_\_  
 Nama Ayah : \_\_\_\_\_ Nama Ibu : \_\_\_\_\_  
 Bila Ayah/Ibu Meninggal, Penyebab Kematian : \_\_\_\_\_  
 Jumlah Kakak/Adik : \_\_\_\_\_ Bila Kakak/Adik meninggal, Penyebab Kematian \_\_\_\_\_  
 Cakupan Medis :  YA  TIDAK

Surat ini memberikan ijin kepada dokter pemeriksa untuk melaporkan semua informasi kesehatan yang diminta oleh PT. International Services Pacific Cross.

\_\_\_\_\_  
Tanda tangan Pemohon

\_\_\_\_\_  
Tanggal (DD/MM/YY)

**BAGIAN II (DI ISI OLEH DOKTER)**

**II-A KUESIONER KESEHATAN** (Tandai pada kolom "Ya" atau "Tidak")

	YA	TIDAK		YA	TIDAK
1. Penurunan / kenaikan berat badan dalam 6 bulan terakhir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Nyeri / sering buang air kecil, perubahan warna urin, keluar batu saat buang air kecil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pusing, sakit kepala, kejang, kelemahan otot atau mati rasa yang tidak diketahui sebabnya pada bagian tubuh tertentu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Pendarahan vagina abnormal, nyeri saat menstruasi, gangguan menstruasi, nyeri pada payudara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Gangguan penglihatan, pilek berulang, sakit tenggorokan sakti telinga atau gangguan pendengaran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Nyeri sendi, luka yang lama sembuh, gangguan berjalan kram, udem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nyeri menelan, sakit perut berulang, gangguan di usus dan konsistensi kotoran, hematemesis, hematoschezia atau melena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Ekimosis, petechie, mudah memar, gusi berdarah dan mimisan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Chest pain, mudah lelah, sesak, orthopnea atau paroxymal noctural dispnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Alergi, pernah mengalami angioneurotic udem atau reaksi anafilaktik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Detail: \_\_\_\_\_

**INFORMASI TAMBAHAN**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**RIWAYAT SOSIAL**

	YA	TIDAK	Detail :
MEROKOK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
KONSUMSI ALKOHOL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
OLAHRAGA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA**

---

---

---

**RIWAYAT PENYAKIT DAHULU**

---

---

---

**II-B KUESIONER KESEHATAN (HARAP DIISI DENGAN LENGKAP)**

1. TANDA VITAL : TD : (DUDUK) \_\_\_\_\_ (BERDIRI) \_\_\_\_\_ HR : \_\_\_\_\_ /MIN TEMPERATUR : \_\_\_\_\_ °C  
: TINGGI : \_\_\_\_\_ cm BERAT BADAN : \_\_\_\_\_ kg

2. KEPALA : MATA : \_\_\_\_\_ HIDUNG : \_\_\_\_\_  
: THT : \_\_\_\_\_ TELINGA : \_\_\_\_\_  
: LEHER : \_\_\_\_\_

3. PEMERIKSAAN PAYUDARA (untuk wanita) : \_\_\_\_\_

4. PARU-PARU : \_\_\_\_\_

5. JANTUNG : \_\_\_\_\_

6. ABDOMEN : \_\_\_\_\_

7. EXTREMITAS : \_\_\_\_\_

**HASIL TES DIAGNOSTIK**

A. RONTGEN DADA : \_\_\_\_\_

B. 12 LEAD EKG : \_\_\_\_\_

C. HEMATOLOGI : \_\_\_\_\_

D. LIPID PROFILE : \_\_\_\_\_

E. LIVER FUNCTION TEST (SGPT, SGOT, GGT : \_\_\_\_\_  
Alkaline phosphate, Bilirubins, Albumin) : \_\_\_\_\_

F. KIDNEY FUNCTION TEST : \_\_\_\_\_

G. SEROLOGI : \_\_\_\_\_

H. ANALISA FECES : \_\_\_\_\_

I. ANALISA URIN : \_\_\_\_\_

**TES TAMBAHAN (DIKERJAKAN/DIISI BILA ADA INDIKASI)**

A. 2-D ECHO CARDIOGRAM WITH DOPPLER : \_\_\_\_\_

B. TREADMIL STRESS TEST : \_\_\_\_\_

C. BILATERAL MAMMOGRAPHY : \_\_\_\_\_  
ULTRASOUND (untuk wanita) : \_\_\_\_\_

D. ABDOMINAL ULTRASOUND : \_\_\_\_\_

E. ALPHA FETO PROTEIN : \_\_\_\_\_

**KESAN :** \_\_\_\_\_

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Tanda tangan Dokter Pemeriksa

\_\_\_\_\_  
Nama dan cap Dokter Pemeriksa

\_\_\_\_\_  
Tanggal (HH/BB/TT)