

Formulir Informasi Tambahan

(Diisi oleh ahli waris)



Nama Almarhum :

No. Polis :

Alamat Almarhum :

1. Apakah hubungan Anda dengan Almarhum? _____

2. Sejak kapan Anda mengenal Almarhum? ____ Sejak tanggal, bulan, tahun: _____

Atau sejak _____ bulan/tahun yang lalu

3. Apakah Almarhum pernah diperiksa air seni, darah, EKG, USG, Rontgent, dll? **Ya / Tidak**
Jika Ya:

Tanggal, bulan, tahun pemeriksaan	Nama & alamat dokter/klinik/rumah sakit/lab tempat pemeriksaan	Pemeriksaan/test yang pernah dilakukannya	Hasil pemeriksaan/test tsb

4. Sepengetahuan Anda, apakah Almarhum pernah mengalami salah satu atau lebih dari keluhan/gejala-gejala berikut:

Banyak minum, banyak makan, sering buang air seni pada waktu malam hari, sering kesemutan pada anggota tubuh, kencing manis, sesak napas, berbunyi jika bernapas, sering alergi (gatal-gatal, bersin-bersin, dll.) sakit kepala yang sering atau nyeri/pegal-pegal pada pundak/tekanan darah tinggi, nyeri dada, gangguan perut (seperti sakit perut, tidak dapat makan, perut bengkak, dll.), batuk-batuk yang sering, asma, bronchitis, gangguan jantung, gangguan ginjal, atau gangguan kesehatan lainnya? **Ya / Tidak**

Jika Ya:

Keluhan, gejala, dan nama gangguan kesehatan yang dideritanya	Tanggal, bulan, tahun mulai diderita	Nama & alamat dokter/klinik/rumah sakit	Tanggal, bulan, tahun berkonsultasi pada dokter	Pemeriksaan/test yang pernah dilakukannya

• : Jika baris kurang, mohon agar dilanjutkan di halaman terakhir

PT FWD Insurance Indonesia

Pacific Century Place, Lantai 20 SCBD Lot 10,

Jl. Jend. Sudirman Kav. 52-53, Jakarta Selatan 12190, Indonesia

P 1 500 525 M (+62) 8551500525 E CustomerCare.id@fwd.com

Bebaskan langkah
fwd.co.id

Formulir Informasi Tambahan

(Diisi oleh ahli waris)

5. a. Alamat terakhir dimana Almarhum tinggal dalam 5 (lima) tahun terakhir ini

Alamat	Sejak bulan, tahun	Sampai bulan, tahun

- : Jika baris kurang, mohon agar dilanjutkan di halaman terakhir

- b. Sebutkan nama & hubungan orang-orang yang tinggal satu rumah dengan Almarhum :

Nama	Hubungan dengan Almarhum/-ah

- : Jika baris kurang, mohon agar dilanjutkan di halaman terakhir

- c. Tekanan darah Almarhum dalam 2 tahun terakhir :

Tekanan darah (mmHg)	Pada tgl, bln, thn	Nama & alamat dokter/RS/Klinik/Lab tempat pemeriksaan

- : Jika baris kurang, mohon agar dilanjutkan di halaman terakhir

6. Keadaan Almarhum sebelum diketahui / dinyatakan meninggal :

- a. Apakah Anda mengetahui / mendampingi saat-saat terakhir Almarhum menghembuskan nafasnya ? **Ya / Tidak**
Jika Ya, Mohon jelaskan kronologis kejadian termasuk keluhan / gejala gangguan kesehatan yang pernah dialami Almarhum semasa hidupnya dan sebelum diketahui / dinyatakan meninggal :

Jika Tidak, siapakah orang yang mengetahuinya ?

Nama & alamat : _____ Hubungan dengan Tertanggung : _____

Menurut orang itu, apa keluhan / gejala penyakitnya ? _____

- b. Menurut dokter yang terakhir mengetahui keadaan kesehatannya waktu sebelum meninggal :

- Apa nama penyakitnya / diagnosa-nya ? _____

- Sejak kapan diperkirakan penyakitnya diderita Almarhum/-ah? Sejak _____ tahun _____ bulan yang lalu

- Kapan dokter memberitahukan nama penyakitnya itu ? _____

7. Apakah Almarhum pernah mengalami keluhan atau gejala sering kesemutan, gangguan kencing manis, sesak napas, sering sakit kepala, tekanan darah tinggi, nyeri dada, penyakit jantung, kaki bengkak, tidak dapat makan atau gangguan lainnya selama hidupnya ? **Ya / Tidak**

Formulir Informasi Tambahan

(Diisi oleh ahli waris)



a. Jika Ya : Mohon tuliskan seluruh kejadian dimana Almarhum pernah alami keluhan/gejala-gejala gangguan kesehatan * :

Tgl/bln/thn	Keluhan / gejala yang dirasakan	Nama & alamat klinik/rumah sakit/puskesmas/dokter praktek	Nama dokter yang menangani	Nama gangguan menurut dokter

• : Jika baris kurang, mohon agar dilanjutkan di halaman terakhir

b. Obat-obatan yang pernah diminumnya untuk mengatasi keluhan itu?

- Atas anjuran siapakah obat-obatan tsb. ? _____

8. Penyakit terakhir yang diderita Almarhum ? _____ diderita sejak tgl, bln, thn : _____

9. Keterangan tambahan lainnya : _____

10. Apakah Almarhum pernah dirawat di rumah sakit oleh karena suatu keadaan / gangguan kesehatan / kecelakaan (mis: penyakit Hipertensi, TBC, DM, Hiperkolesterol, Hemodialisa (Cuci darah), dll:

Jika Ya, mohon tuliskan seluruh perawatan yang pernah dialaminya dalam baris & kolom berikut * :

Nama & alamat rumah sakit	Periode perawatan		Nama Dokter yang merawat	Nama gangguan kesehatan / keadaan / kecelakaan
	Tgl/bln/thn	Tgl/bln/thn		

• : Jika baris kurang, mohon agar dilanjutkan di halaman terakhir

11. Mohon penjelasan, apakah Almarhum/-ah pernah melakukan *Medical Check Up* dari Kantor / Pribadi? Ya / Tidak
Jika Ya : Mohon lampirkan hasil *Medical Check Up* tersebut

12. Nama & alamat dokter/ klinik / laboratorium / puskesmas / rumah sakit yang pernah dikunjungi selama hidupnya untuk berkonsultasi atau memeriksakan kesehatannya :(Mohon diisi berdasarkan keterangan orang yang paling mengetahui keadaan Almarhum/-ah semasa hidup):

Formulir Informasi Tambahan

(Diisi oleh ahli waris)



Tgl, bln, thn pemeriksaan/ konsultasi	Nama dokter / klinik/ puskesmas / lab. / RS	Alamat dokter / klinik/ puskesmas / lab. / RS	Keluhan/ gejala yang dialami	Jenis pemeriksaan / check up / air seni / darah (gula darah, kolesterol, dll)/ USG, EKG, atau lainnya	Hasil Pemeriksaan tsb

- : Jika baris kurang, mohon agar dilanjutkan di halaman terakhir

Demikianlah Saya yang bertandatangan di bawah ini memberikan seluruh keterangan dalam Formulir Keterangan halaman 1, 2, 3, dan 4 secara lengkap dan sesungguhnya.

_____, _____
(tempat & tanggal ditandatangani)

(Nama Jelas dan Tanda Tangan)