

FORMULIR KLAIM ASURANSI KESEHATAN PERORANGAN

Pengiriman dokumen klaim:
Claim document submission:
PT ASURANSI ALLIANZ LIFE INDONESIA
Allianz Document Management Center
Jakarta Gedung Setiabudi Atrium
Lantai 3 #308-309
Jln. HR. Rasuna Said Kav.62

No. Persetujuan Rawat Inap:

PERSETUJUAN PENGUNGKAPAN INFORMASI DAN AKIBATNYA

Saya, sebagai Tertanggung ("**Saya**"), telah mengisi Formulir Klaim Asuransi Kesehatan Perorangan ("**Formulir**") ini dengan benar dan jujur dan dengan ini pula menyatakan dan menyetujui hal-hal sebagai berikut:

1. Saya memahami bahwa Saya memiliki kewajiban untuk bertindak dengan iktikad terbaik (utmost good faith) dalam (i) pengajuan permohonan asuransi, permohonan pemulihan Polis, permohonan perubahan Polis, dan/atau permohonan lainnya terkait Polis (yang mana yang sesuai dengan keadaannya); dan (ii) pengajuan klaim Manfaat Asuransi ("**Pemohonan Konsumen**"). Oleh karena itu, Saya memahami bahwa Saya wajib, dan telah mengungkapkan secara benar dan lengkap semua fakta material, yaitu data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan fakta yang dapat mempengaruhi pertimbangan PT Asuransi Allianz Life Indonesia ("**Allianz**") dalam menerima atau menolak suatu Permohonan Konsumen dan/atau menetapkan jumlah Premi.
2. Saya menyatakan dan menjamin bahwa semua data, informasi, jawaban, keterangan, pernyataan dan/atau fakta yang Saya berikan ("**Informasi Konsumen**") dalam SPAJ/FAAKP, formulir pemulihan Polis, formulir perubahan Polis, formulir klaim Manfaat Asuransi serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh Allianz ("**Dokumen Permohonan**") sebagai bagian dari pengajuan Permohonan Konsumen adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada Informasi Konsumen yang Saya sembunyikan, baik dengan sengaja maupun tidak sengaja.
3. Apabila Informasi Konsumen tersebut dalam butir (2) ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat Informasi Konsumen yang Saya sembunyikan, dengan menandatangani Formulir ini, Saya **SEPAKAT DAN MENYETUJUI** jika Allianz melakukan hal-hal berikut ini:
 - a. Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
 - b. Membatalkan Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Asuransi/Pertanggungan Tambahan), dengan pengembalian Premi (atau Biaya Asuransi dari Asuransi/Pertanggungan Tambahan, sebagaimana relevan) yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan biaya internal pemeriksaan kesehatan (jika ada), Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan (jika ada) dan biaya-biaya yang timbul pada saat penerbitan Polis (jika ada);
 - c. Mengakhiri Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada asuransi/Pertanggungan Tambahan), tanpa kewajiban untuk mengembalikan Premi dan/atau Biaya Asuransi, apabila terdapat unsur penipuan, pemalsuan, atau kesalahan yang disengaja dalam pemberian setiap Informasi Konsumen yang tercantum dalam Dokumen Permohonan, atau apabila terdapat penyembunyian suatu Informasi Konsumen yang sebenarnya dalam Dokumen Permohonan. Atas pengakhiran tersebut, Saya juga menyetujui bahwa Allianz ha nya akan membayarkan Nilai Tunai (khusus untuk Produk Asuransi Yang Dikaitkan Dengan Investasi), jika ada;
 - d. Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan dalam Polis (baik Polis Dasar dan/atau setiap Asuransi/Pertanggungan/Polis Tambahan), termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan, menyesuaikan Uang Pertanggungan, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
 - e. Menagih kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), jumlah Premi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. Allianz juga berhak untuk melakukan pertemuan (*set-off*) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan Nilai Tunai yang ada dalam Polis Saya dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan. Atas hal tersebut, Saya wajib membayarkan (jika ada) kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi;
4. Sehubungan dengan klausul pembatalan atau pengakhiran Polis sebagaimana disebutkan di atas, Saya dengan ini menegaskan bahwa:
 - a. Penandatanganan Formulir ini oleh Saya merupakan bentuk persetujuan atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh Allianz jika terjadi hal-hal yang dimaksud dalam butir (3) di atas; dan
 - b. Saya setuju untuk mengesampingkan ketentuan Pasal 1266 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata dan/atau ketentuan peraturan perundangundangan lainnya yang mensyaratkan pengakhiran atau pembatalan Polis harus dilakukan berdasarkan putusan pengadilan.

PERNYATAAN DAN KUASA TERTANGGUNG

Saya, sebagai Tertanggung ("**Saya**"), telah mengisi Formulir Klaim Asuransi Kesehatan Perorangan ("**Formulir**") ini dengan benar dan jujur dan dengan ini pula menyatakan dan menyetujui hal-hal sebagai berikut:

1. Saya secara pribadi mengisi Formulir ini, dan Saya sendiri yang menandatangani Formulir serta setiap formulir dan dokumen lain yang disyaratkan oleh PT Asuransi Allianz Life Indonesia ("**Allianz**") sebagai bagian dari proses pengajuan klaim Kesehatan.
2. Saya memahami dan menyetujui bahwa pengajuan klaim kesehatan pada Formulir ini hanya akan diproses oleh Allianz setelah seluruh dokumen yang dipersyaratkan disampaikan secara benar dan lengkap dan pengajuan akan diproses sesuai dengan ketentuan yang berlaku pada Allianz.
3. Saya dengan ini memberikan kuasa dengan hak substitusi, tanpa syarat dan yang tidak dapat dicabut kembali kepada masing-masing, yang dapat bertindak sendiri-sendiri maupun secara bersama-sama, (i) Allianz; (ii) setiap orang dan/atau perusahaan yang bekerja sama dengan Allianz sehubungan dengan proses pengurusan, pemeriksaan dan/atau investigasi klaim asuransi; (iii) setiap dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, instansi lain, perusahaan asuransi lain, badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya, yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan atau kesehatan Saya, riwayat pengobatan atau perawatan di Rumah Sakit maupun institusi pelayanan medis lainnya (termasuk diagnosis atau nasihat dokter atau tenaga medis lainnya); dan (iv) perusahaan atau perorangan atau organisasi lainnya yang menjadi pemegang polis, untuk melakukan hal-hal sebagai berikut:
 - a. Memberikan, mengungkapkan dan/atau menyerahkan kepada Allianz setiap keterangan, data, informasi dan/atau catatan/isi/ ringkasan rekam medis (termasuk memberi salinan/fotokopi dokumen terkait) sehubungan dengan, namun tidak terbatas pada, diagnosis, riwayat pengobatan atau perawatan dan/atau pelayanan medis yang diberikan kepada Saya;
 - b. Mendapatkan segala keterangan/informasi/catatan/rekam medis dari Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas dan/atau maupun institusi pelayanan medis lainnya sehubungan dengan diagnosis dan atau pelayanan medis yang diberikan kepada Saya yang mana akan digunakan untuk memproses permohonan asuransi Saya dan/atau klaim sesuai dengan ketentuan Polis dan hukum yang berlaku; dan
 - c. Melakukan segala sesuatu sehubungan dengan Polis dan/atau hal-hal tersebut di atas.
4. Saya dengan ini mengerti dan memahami bahwa:
 - a. Allianz akan melakukan Pemrosesan Data Pribadi Saya. Pengertian:
 - (i) **Data Pribadi** mencakup semua data dan/atau informasi (termasuk tetapi tidak terbatas pada data dan informasi kesehatan serta finansial Saya) yang tercantum dalam Formulir ini, data dan/atau informasi yang Saya berikan kepada Allianz melalui sarana atau pihak manapun dari waktu ke waktu dan data dan/atau informasi yang diperoleh oleh Allianz dari pihak ketiga manapun; dan
 - (ii) **Pemrosesan** atau **Memproses** mencakup kegiatan pemerolehan, pengumpulan, pengolahan, penganalisisan, penyimpanan, perbaikan, pembaruan, penampilan, pengumuman, transfer, penyebaran, pengungkapan, penghapusan dan/atau pemusnahan Data Pribadi.
 - b. Dasar Pemrosesan Data Pribadi Saya oleh Allianz adalah satu atau lebih dari dasar-dasar Pemrosesan berikut ini:
 - (i) Pemenuhan kewajiban perjanjian untuk memenuhi permintaan Saya (yaitu proses atas permohonan ini);
 - (ii) Pemenuhan kewajiban hukum Allianz sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
 - (iii) Pemenuhan perlindungan kepentingan vital Saya; **dan/atau**
 - (iv) Pemenuhan kepentingan yang sah lainnya dengan tetap memperhatikan tujuan, kebutuhan dan keseimbangan kepentingan Allianz dan Saya, masing-masing dasar Pemrosesan tersebut adalah sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan yang

- mengatur perlindungan data pribadi di Indonesia.
- c. Pemrosesan Data Pribadi Saya oleh Allianz adalah dalam rangka dan/atau untuk setiap tujuan berikut ini ("**Tujuan Pemrosesan**"):
 - (i) penilaian risiko asuransi;
 - (ii) kegiatan operasional Allianz;
 - (iii) pengajuan dan penanganan setiap klaim (termasuk namun tidak terbatas pada pemeriksaan dan investigasi klaim);
 - (iv) pembayaran manfaat asuransi/klaim
 - (v) keperluan ko-asuransi termasuk penanganan klaim yang timbul atas ko-asuransi;
 - (vi) pelayanan nasabah termasuk penanganan keluhan/komplain;
 - (vii) pembayaran komisi
 - (viii) kerja sama terkait proses permohonan asuransi dan/atau klaim (baik permohonan asuransi dan/atau klaim yang Saya ajukan di Allianz atau perusahaan asuransi lainnya
 - (ix) kerja sama dalam rangka penemuan atau pencegahan penipuan dan kejahatan keuangan;
 - (x) setiap proses hukum yang melibatkan Allianz dan/atau tenaga pemasarnya;
 - (xi) kerja sama reasuransi dan/atau retrosesi;
 - (xii) menanggapi perintah pengadilan atau proses hukum atau permintaan dari regulator manapun atau pihak berwenang atau untuk melindungi terhadap penipuan atau aktivitas ilegal lainnya atau untuk tujuan manajemen risiko atau untuk memungkinkan Allianz untuk melakukan upaya hukum yang tersedia atau membatasi kerusakan yang mungkin terjadi terhadap Allianz, dan/atau mematuhi hukum dan proses hukum termasuk tetapi tidak terbatas pada peraturan tentang FATCA dan CRS ("**Kebutuhan Pelaporan Pertukaran Informasi Antar Negara**");
 - (xiii) kepatuhan terhadap perintah pengadilan, hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku; dan/atau
 - (xiv) proses lainnya yang terkait dengan penyelenggaraan kegiatan Asuransi
 - d. Allianz dapat mengungkapkan Data Pribadi Saya kepada pihak-pihak berikut ini (selanjutnya disebut "**Pihak Terkait**") dalam rangka dan/atau untuk setiap Tujuan Pemrosesan:
 - (i) ahli medis dan/atau pihak ketiga lainnya (termasuk mereka yang memberikan perawatan, pelayanan kesehatan dan/atau layanan lainnya kepada Saya);
 - (ii) setiap perusahaan (termasuk perusahaan penyedia layanan, perusahaan asuransi, dan perusahaan reasuransi), mitra, orang atau pihak ketiga yang ditunjuk dan/atau bekerja sama dengan Allianz
 - (iii) perusahaan induk Allianz, afiliasi, anak perusahaan, agen dan perwakilannya dan/atau usaha patungan; dan/atau
 - (iv) otoritas, asosiasi asuransi, pengadilan, pihak yang berwenang dan/atau badan pemerintah (regulator) manapun.
 - e. Dalam rangka dan/atau untuk setiap Tujuan Pemrosesan, Allianz juga dapat:
 - (i) melakukan transfer Data Pribadi Saya kepada setiap Pihak Terkait yang berada di luar wilayah hukum Republik Indonesia; dan/atau
 - (ii) menunjuk setiap Pihak Terkait sebagai prosesor untuk melakukan Pemrosesan Data Pribadi Saya.

Saya mengerti dan setuju bahwa masing-masing dasar Pemrosesan sebagaimana dijelaskan dalam butir 4(b) di atas adalah sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan yang mengatur perlindungan data pribadi di Indonesia dan merupakan dasar hukum yang sah atas Pemrosesan seluruh Data Pribadi Saya.
5. Saya juga bersedia untuk memberikan informasi/dokumen yang diperlukan guna memenuhi Kebutuhan Pelaporan Pertukaran Informasi Antar Negara ("**Informasi Terkait**") dan dengan segera menyampaikan pengkinian data kepada Allianz jika ada perubahan atas Informasi Terkait tersebut.
 6. Saya mengerti bahwa untuk mempelajari lebih lanjut tentang bagaimana Allianz melindungi data pribadi dan hak-hak Saya dengan mengakses tautan berikut: <https://www.allianz.co.id/pemberitahuan-privasi.html>.
 7. Saya bertanggung jawab atas setiap pelepasan dan/atau pengungkapan informasi, keterangan dan/atau catatan/rekam medis sehubungan dengan kuasa yang Saya berikan sebagaimana dimaksud pada Angka 3 di atas, dan membebaskan setiap pihak yang menjadi penerima kuasa dari segala gugatan, tuntutan, ganti rugi dan/atau klaim yang timbul baik saat ini maupun di kemudian hari.
 8. Saya menyetujui bahwa semua biaya yang timbul sehubungan dengan pelayanan kesehatan yang terjadi akan diperhitungkan oleh Allianz sesuai dengan ketentuan Polis dan Saya bersedia dan dengan ini berjanji untuk membayar kepada Allianz, Dokter, Rumah Sakit, Klinik dan/atau Puskesmas terhadap biaya-biaya yang tidak dipertanggungjawabkan dalam Polis sesuai dengan ketentuan yang diberlakukan oleh Allianz.
 9. Saya dengan ini melepaskan ketentuan-ketentuan yang termaktub dalam Pasal 1813, 1814 dan 1816 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata. Salinan (fotokopi) surat kuasa ini adalah sah dan mempunyai kekuatan hukum yang sama seperti aslinya.
 10. Surat kuasa ini merupakan tambahan dari setiap kuasa yang telah Saya berikan sebelumnya kepada Allianz dan/atau penerima kuasa lainnya, dan tidak mengakibatkan berakhirnya setiap kuasa yang telah Saya berikan sebelumnya.
 11. Formulir ini telah memuat pemberian kuasa dari Saya kepada setiap penerima kuasa sebagaimana dimaksud pada Angka 3 di atas. Dengan demikian, Formulir ini memiliki akibat hukum yang sama dengan surat kuasa dan tidak diperlukan lagi suatu surat kuasa terpisah.
 12. Formulir ini dapat dibuat salinannya dan setiap salinannya (fotokopinya) memiliki kekuatan hukum yang sama dengan aslinya.
 13. Dalam hal diminta dan/atau dipersyaratkan oleh dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas dan/atau institusi kesehatan lainnya, Saya bersedia untuk mengisi dan menandatangani formulir klaim kesehatan dan/atau surat kuasa yang disediakan oleh setiap dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, atau institusi kesehatan lainnya ("**Surat Kuasa Tambahan**"). Surat Kuasa Tambahan tersebut merupakan tambahan atas, dan tidak meniadakan, kuasa-kuasa yang diberikan berdasarkan Formulir ini.
 14. Saya akan (i) mematuhi setiap peraturan perundang-undangan di bidang perpajakan yang berlaku termasuk peraturan tentang Kebutuhan Pelaporan Pertukaran Informasi Antar Negara (CRS); dan (ii) bertanggung jawab sepenuhnya untuk menanggung dan membayar pajak, pungutan dan pembayaran lainnya yang menurut ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku (termasuk peraturan perundang-undangan di bidang perpajakan) merupakan kewajiban Saya sehubungan dengan setiap transaksi yang Saya lakukan berdasarkan Formulir ini. Pembayaran pajak, pungutan dan pembayaran lainnya tersebut (termasuk setiap pelaporan atasnya) akan Saya lakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku (termasuk peraturan perundang-undangan di bidang perpajakan), dan/atau setiap perubahannya sebagaimana dapat ditentukan oleh pemerintah Republik Indonesia dari waktu ke waktu.
 15. Pembayaran yang dilakukan oleh Saya berdasarkan Formulir ini tidak berasal dari maupun digunakan untuk tujuan tindak pidana pencucian uang dan pendanaan terorisme sebagaimana dimaksud UU No. 8 tahun 2010 tentang Pencegahan dan Pemberantasan Tindak Pidana Pencucian Uang dan UU No. 9 Tahun 2013 tentang Pencegahan dan Pemberantasan Tindak Pidana Pendanaan Terorisme (dan/atau perubahannya), termasuk tidak terlibat dan/atau terdapat dalam daftar pendanaan proliferasi senjata pemusnah massal. Apabila ada indikasi pelanggaran atas Undang-Undang dan ketentuan-ketentuan tersebut di atas, maka Allianz akan melaksanakan kewajiban sesuai dengan ketentuan yang berlaku atau atas perintah Lembaga Negara yang berwenang, termasuk melakukan kewajiban pelaporan dan memberikan laporan atas transaksi keuangan yang mencurigakan. Dalam rangka memenuhi kewajiban Uji Tuntas Nasabah, Saya bersedia untuk memberikan data yang diminta sesuai dengan peraturan yang berlaku dan Saya bersedia untuk melakukan pengkinian data dalam hal terdapat perubahan data di kemudian hari.

16. Dalam hal Formulir ini disediakan dalam versi Bahasa Indonesia dan bahasa asing lainnya, maka versi bahasa asingnya merupakan versi yang dimaksudkan sebagai referensi. Dalam kondisi apapun, versi Bahasa Indonesia merupakan versi yang berlaku.
17. Saya mengakui dan menyetujui bahwa Formulir ini dapat ditandatangani dengan tanda tangan elektronik (baik seluruhnya atau sebagian), yang harus dianggap sebagai tanda tangan asli untuk semua tujuan dan yang memiliki kekuatan hukum yang sama dengan tanda tangan asli (basah). Saya mengakui dan menyetujui bahwa, dalam setiap proses hukum dalam setiap hal yang sehubungan dengan Formulir ini dan/atau produk asuransi dan/atau permohonan ini, Saya secara tegas mengesampingkan setiap hak untuk (i) mengajukan pembelaan atau pelepasan tanggung jawab/kewajiban; dan/atau (ii) membatalkan Formulir ini, atas alasan penandatanganan Formulir ini oleh Saya dengan tanda tangan elektronik.
18. Dengan menandatangani Formulir ini, maka Saya telah menyetujui pernyataan dan kuasa ini serta setiap hal lainnya yang tercantum dalam Formulir ini.

INFORMASI TERTANGGUNG

No Polis :	
Nama Pemegang Polis :	
Tanggal lahir : ____/____/____ (tgl/bln/thn)	Jenis Kelamin ☐ Pria ☐ Wanita
Nama Tertanggung :	
Tanggal lahir : ____/____/____ (tgl/bln/thn)	Jenis Kelamin ☐ Pria ☐ Wanita
Terdaftar sebagai peserta COB BPJS Kesehatan? ☐ Ya ☐ Tidak	No. BPJS Peserta :
Nomor Induk Kewarganegaraan (No. KTP) :	
Tanggal Masuk : ____/____/____ (tgl/bln/thn)	Tanggal Keluar : ____/____/____ (tgl/bln/thn)
Jenis Klaim : ☐ Rawat Inap ☐ Rawat Jalan ☐ Pra/Pasca Rawat Inap ☐ Benefit Kematian terkait Asuransi Kesehatan ☐ Kehamilan/Melahirkan ☐ Santunan Harian ☐ Gigi ☐ Santunan Penyakit Kritis Katastropik ☐ Pemeriksaan Kesehatan ☐ Koordinasi Manfaat ☐ Lainnya,	
Jenis ekses yang akan dibayarkan dengan manfaat Flexi Benefit (Khusus Polis Allianz Flexi Medical & Allianz Flexi Medical Plan): ☐ Rawat Jalan ☐ Pembayaran Ekses Klaim ☐ Pembayaran Risiko Sendiri (Deductible/Co-Share)	
Apakah ada hubungan keluarga antara Pemegang Polis dan/atau Tertanggung dengan Tenaga Pemasar ☐ Ada hubungan keluarga, jenis hubungan _____ ☐ Tidak ada	
APABILA DISEBABKAN KARENA KECELAKAAN, MOHON SEBUTKAN TANGGAL TERJADINYA KECELAKAAN TERSEBUT? (TANGGAL/BULAN/TAHUN) DAN SEBUTKAN KRONOLOGIS TERJADINYA KECELAKAAN.	

ASURANSI KESEHATAN PERORANGAN TANDA TANGAN TERTANGGUNG

Nama : Tanggal :

KELENGKAPAN DOKUMEN:

1. Formulir Klaim yang lengkap
2. Dokumen lainnya sebagaimana diatur pada ketentuan Polis

PERHATIAN

- Dalam hal terdapat perubahan, penambahan, pengurangan, perbaikan, ralat dan/ atau penarikan ("Perubahan") terhadap suatu informasi dan/atau diagnosa Dokter yang merawat, maka Anda wajib menyampaikan Surat Keterangan Dokter dan dokumen pendukung medis lainnya berupa hasil laboratorium, *Magnetic Resonance Imaging* (MRI), CT Scan, rontgen, dan/atau Elektrokardiogram (EKG) yang membuktikan bahwa Perubahan tersebut benar dan sesuai.
- SETIAP ORANG YANG MEMPERGUNAKAN SURAT KETERANGAN DOKTER YANG TIDAK BENAR ATAU PALSU DAPAT DIANCAM DENGAN HUKUMAN PIDANA BERDASARKAN KITAB UNDANG-UNDANG HUKUM PIDANA.

PERNYATAAN DOKTER	
Tanggal Masuk : ____ / ____ / ____ (tgl/bln/thn)	Tanggal Keluar: ____ / ____ / ____ (tgl/bln/thn)
APAKAH ANDA DOKTER KELUARGA PASIEN TERSEBUT ?	☐ YA, SEJAK ____ / ____ / ____ (TGL/BLN/THN) ☐ TIDAK
APAKAH ANDA MEMILIKI HUBUNGAN KELUARGA DENGAN PASIEN ?	☐ IYA, JENIS HUBUNGAN _____ ☐ TIDAK
DIAGNOSIS MASUK : KODE DIAGNOSIS ICD X :	DIAGNOSIS KELUAR : DIAGNOSIS UTAMA DAN KODE DIAGNOSIS ICD X : DIAGNOSIS PENYERTA DAN KODE DIAGNOSIS ICD X :
PENYAKIT BERHUBUNGAN DENGAN: ☐ KOSMETIK ☐ KESUBURAN ☐ KELAINAN BAWAAN ☐ GANGUAN TUMBUH KEMBANG ☐ KEHAMILAN SEKSUAL ☐ KEJIWAAN ☐ PENGobatan KESUBURAN ☐ PENYAKIT AKIBAT HUBUNGAN ☐ PENYALAHGUNAAN OBAT ☐ HIV – AIDS ☐ LAINNYA, SEBUTKAN	
KELUHAN UTAMA DAN KRONOLOGIS: 	
KELUHAN TAMBAHAN: 	
ADAKAH PENYAKIT/KELUHAN LAIN YANG BERHUBUNGAN DENGAN KONDISI SEKARANG ? JIKA YA, MOHON SEBUTKAN DAN SEJAK KAPAN? 	
SEJAK KAPAN PASIEN MENGALAMI KELUHAN/GEJALA TERSEBUT? 	
MENURUT DOKTER, PERNAHKAH PASIEN MENGALAMI KONDISI YANG SAMA SEBELUM TANGGAL PENGobatan? JIKAYA, MOHON SEBUTKAN (TGL/BLN/THN) 	
APAKAH PASIEN MERUPAKAN RUJUKAN DARI DOKTER LAIN? JIKA YA, MOHON SEBUTKAN NAMA DOKTER DAN/ATAU RUMAH SAKIT/KLINIK 	

