

KUESIONER COVID-19

COVID-19 Questionnaire

Nama Tertanggung <i>Name of Insured</i>	:
Tanggal Lahir <i>Date of Birth</i>	:
Jenis Kelamin <i>Gender</i>	: Pria/ <i>Man</i> : Wanita/ <i>Woman</i>

Mohon dapat memberikan tanda centang (v) pada jawaban dari pertanyaan ini dengan benar, lengkap, dan akurat.
Please put a tick (v) on the answer to this question correctly, completely, and accurately.

No.	Pertanyaan/ <i>Question</i>	Jawaban/ <i>Answer</i>
1	Apakah anda saat ini berada dalam kondisi sehat? <i>Are you currently in good health?</i>	<input type="checkbox"/> Ya/ <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Tidak/ <i>No</i> Alasan/ <i>Reason</i> :
2	Apakah anda pernah terdiagnosis menderita COVID-19? <i>Have you been diagnosed with positive or confirmed case of COVID-19?</i>	<input type="checkbox"/> Ya/ <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Tidak/ <i>No</i>
3	Apakah anda pernah atau sedang menjalani status sebagai Pasien dalam Pengawasan (PDP) atau Orang dalam Pemantauan (ODP)? <i>Have you been or currently declared as Patient under Surveillance, Person under Observation, or any status of observed or suspected COVID-19 case?</i>	<input type="checkbox"/> Ya/ <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> Tidak/ <i>No</i>
4	Apakah anda pernah melakukan pemeriksaan atau direkomendasikan untuk melakukan pemeriksaan untuk menegakkan diagnosis COVID-19? <i>Have you been tested or advised to be tested to rule in or rule out COVID-19?</i>	<input type="checkbox"/> Tidak/ <i>No</i> <input type="checkbox"/> Ya/ <i>Yes</i> Tanggal tes/ <i>Test date</i> : Hasil Pemeriksaan: <i>Result of test</i> : Alasan melakukan pemeriksaan/ <i>Reason to be tested</i> :
5	Apakah anda pernah mengalami tanda atau gejala gangguan kesehatan yang mengarah ke diagnosis COVID-19, dalam hal ini, termasuk namun tidak terbatas pada adanya demam, batuk, nyeri tenggorokan, sesak nafas, gangguan pernafasan, dan mengalami keletihan? <i>Have you ever experienced any sign of symptom which are related to COVID-19, including but not limited to fever, cough, sore throat, shortness of breath, and malaise (flu-like tiredness)?</i>	<input type="checkbox"/> Tidak/ <i>No</i> <input type="checkbox"/> Ya/ <i>Yes</i> Gejala yang dialami/ <i>Symptom</i> : Waktu Kejadian/ <i>Date</i> :
6	Apakah anda sedang menderita sakit dalam waktu 30 (tiga puluh) hari terakhir? <i>Have you been unwell over these past 30 (thirty) days?</i>	<input type="checkbox"/> Tidak/ <i>No</i> <input type="checkbox"/> Ya/ <i>Yes</i> Penyakit yang diderita/ <i>Disease</i> :

7	<p>Apakah anda memiliki riwayat kontak dengan pasien terkonfirmasi COVID-19, PDP, ODP, atau orang yang melakukan isolasi/karantina terkait dengan COVID-19 dalam waktu 14 (empat belas) hari terakhir?</p> <p><i>Do you have any contact with confirmed case of COVID-19, Patient under Surveillance, Person under Observation, any status of observed or suspected COVID-19 case, or person who did isolation/quarantine due to COVID-19 over these past 14 (fourteen) days?</i></p>	<input type="checkbox"/> Tidak/No <input type="checkbox"/> Ya/Yes
8	<p>Apakah anda memiliki riwayat bepergian di luar domisili anda dalam waktu 30 (tiga puluh) hari terakhir?</p> <p><i>Do you have any travel history out of your domicile over these past 30(thirty) days?</i></p>	<input type="checkbox"/> Tidak/No <input type="checkbox"/> Ya/Yes Berpergian ke/Travelling to:
9	<p>Apakah anda memiliki rencana untuk bepergian ke luar domisili anda dalam waktu 30 (tiga puluh) hari ke depan?</p> <p><i>Do you have any plan of travelling out of your domicile for these next 30 (thirty) days?</i></p>	<input type="checkbox"/> Tidak/No <input type="checkbox"/> Ya/Yes Berpergian ke/Travelling to:
10	<p>Apakah anda hingga saat ini masih melakukan aktivitas di luar tempat tinggal anda?</p> <p><i>Are you currently still doing daily activity outside your house?</i></p>	<input type="checkbox"/> Tidak/No <input type="checkbox"/> Ya/Yes Beraktivitas untuk keperluan/Kind of activity:
11	<p>Apakah dalam waktu 30 (tiga puluh) hari ini, anda disarankan untuk melakukan isolasi mandiri terkait dengan adanya gejala COVID-19?</p> <p><i>Within these past 30 (thirty) days, have you been advised to do self-isolation due to symptom of COVID-19?</i></p>	<input type="checkbox"/> Tidak/No <input type="checkbox"/> Ya/Yes
12	<p>Apakah anda memiliki satu atau lebih dari riwayat penyakit berikut:</p> <p><i>Do you have one or more than one of these following health impairment:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Serangan atau penyakit jantung/Heart attack or heartdisease</p> <p><input type="checkbox"/> Stroke</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes mellitus</p> <p><input type="checkbox"/> Hipertensi/Hypertension</p> <p><input type="checkbox"/> HIV-AIDS</p> <p><input type="checkbox"/> Penyakit autoimmune/Autoimmune disease</p>	
13	<p>Apakah anda sudah menyelesaikan vaksinasi satu (1) atau dua (2) dosis untuk COVID-19 ?</p> <p><i>Have you completed one or two doses vaccination course for COVID 19 ?</i></p>	<input type="checkbox"/> Satu Dosis/One dose <input type="checkbox"/> Dua Dosis/Two doses <input type="checkbox"/> Belum Vaksin/Not vaccine, Alasan/Reason: <p>a. Apa nama vaksin yang diberikan? <i>What is the name of the vaccine given?</i></p> <p>b. Tanggal vaksinasi pertama : <i>The date of the first vaccination :</i> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tanggal/Day Bulan/Month Tahun/Year</p> <p>c. Tanggal vaksinasi kedua : <i>The date of the second vaccination :</i> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tanggal/Day Bulan/Month Tahun/Year</p>

14	<p>Apakah Anda mengalami efek samping yang berkelanjutan dari vaksinasi? <i>Are you experiencing any ongoing after-effects from the vaccination?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Tidak/<i>No</i> <input type="checkbox"/> Ya/<i>Yes</i></p> <p>Jika Ya, mohon berikan detail lengkapnya : <i>If YES, please provide full detail :</i></p>
15	<p>Apakah anda sudah menerima catatan konfirmasi vaksinasi? <i>Have you received a vaccination confirmation record ?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Tidak/<i>No</i> <input type="checkbox"/> Ya/<i>Yes</i></p> <p>Jika Ya, mohon berikan salinan catatan tersebut : <i>If YES, please provide a copy of the record</i></p> <p>Jika tidak, sebutkan nama dan alamat klinik atau fasilitas tempat anda vaksinasi : <i>If NO, please state the name and address of the clinic or facility where you were vaccinated:</i></p>

Bersama ini, saya menyatakan bahwa informasi yang telah saya sampaikan di atas adalah informasi yang sebenar-benarnya, lengkap, dan akurat. Saya menyadari bahwa Kuesioner COVID-19 ini merupakan bagian yang tidak terlepas dari pengajuan asuransi jiwa/kesehatan saya, sehingga apabila kemudian hari terbukti bahwa saya memberikan informasi yang tidak benar ataupun menutupi kebenaran dari informasi yang sesungguhnya, maka Perusahaan Asuransi berhak untuk membatalkan polis asuransi saya dan tidak memiliki kewajiban untuk membayarkan manfaat asuransi saya.

Hereby, I declare that the information I have submitted above is truthful, complete, and accurate information. I am aware that this COVID-19 Questionnaire is an inseparable part of my life /health insurance application, hence, that if it is later proven that I provide incorrect information or cover the truth of the truthfulness, then The Insurance Company has right to cancel my policy and has no obligation to pay my insurance benefit.

_____, _____ 20

Agen/Agent,

Calon Pemegang Polis/
 Policy Holder,

Calon Tertanggung/
 Insured,

(_____)

(_____)

(_____)