

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/Man : Wanita/Woman

Mohon dapat memberikan informasi dari pertanyaan ini dengan benar, lengkap, dan akurat
Please provide information for these following questions correctly, completely, and accurately

No.	Pertanyaan/Question	Jawaban/Answer
1	Apakah anda saat ini berada dalam kondisi sehat? <i>Are you currently in good health?</i>	☐ Ya/Yes ☐ Tidak/No Alasan/Reason:
2	Apakah anda saat ini atau pernah terdiagnosis menderita COVID-19? <i>Have you currently or have you been diagnosed with a positive or confirmed case of COVID 19?</i>	☐ Ya/Yes ☐ Tidak/No
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>	☐ Ya/Yes ☐ Tidak/No
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>	☐ Tidak/No ☐ Ya/Yes Hasil pemeriksaan/Result of test: Alasan melakukan pemeriksaan/Reason to be tested:

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 kelelahan? <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>	☐ Tidak/No ☐ Ya/Yes Gejala yang dialami/Symptom:
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>	☐ Tidak/No ☐ Ya/Yes Penyakit yang diderita/Disease:
7	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? <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>	☐ Tidak/No ☐ Ya/Yes
8	Apakah anda memiliki riwayat berpergian di luar domisili anda dalam waktu 30 (tiga puluh) hari terakhir? <i>Do you have any travel history out of your domicile over these past 30 (thirty) days?</i>	☐ Tidak/No ☐ Ya/Yes Berpergian ke/Travelling to:
9	Apakah anda memiliki rencana untuk berpergian ke luar domisili anda dalam waktu 30 (tiga puluh) hari ke depan? <i>Do you have any plan of travelling out of your domicile for these next 30 (thirty) days?</i>	☐ Tidak/No ☐ Ya/Yes Berpergian ke/Travelling to:
10	Apakah anda hingga saat ini masih melakukan aktivitas di luar tempat tinggal anda? <i>Are you currently still doing daily activity outside your house?</i>	☐ Tidak/No ☐ Ya/Yes Beraktivitas untuk keperluan/Kind of activity:

11	Apakah dalam waktu 30 (tiga puluh) hari ini, anda disarankan untuk melakukan isolasi mandiri terkait dengan adanya gejala COVID-19? <i>Within these past 30 (thirty) days, have you been advised to do self-isolation due to symptom of COVID-19?</i>	☐ Tidak/No ☐ Ya/Yes
12	Apakah anda memiliki satu atau lebih dari riwayat penyakit berikut: <i>Do you have one or more than one of these following health impairments:</i> Serangan atau penyakit jantung/ <i>Heart attack or heart disease</i> Stroke Diabetes mellitus Hipertensi/ <i>Hypertension</i> HIV-AIDS Penyakit autoimmune/ <i>Autoimmune disease</i> Tidak ada / <i>None</i>	

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 di 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.

Tempat, Tanggal/ Place, Date _____

Agen/Agent,

Calon Pemegang Polis/
Policy Holder,

Calon Tertanggung/
Insured,

(_____) (_____) (_____)