

**FORMULIR KLAIM RAWAT GIGI – CLAIM FORM DENTAL**

Formulir ini harus diisi dengan lengkap - *All sections on this form must be fill in completely*

**DATA POLIS – POLICY DATA**

No Polis – *Policy No* : \_\_\_\_\_  
 Pemegang Polis - *Policy Holder* : \_\_\_\_\_  
 Nama Karyawan – *Employee Name* : \_\_\_\_\_  
 Nama Pasien – *Patient Name* : \_\_\_\_\_  
 Alamat - *Address* : \_\_\_\_\_  
 No Telepon – *Telephone No* : \_\_\_\_\_

Saya, dengan ini menyatakan bahwa segala pernyataan pada formulir ini adalah benar dalam segala hal. Dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan atau Organisasi lainnya yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung, untuk memberitahukan kepada PT.International Services Pacific Cross atau mereka yang mendapat kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Tertanggung baik selama Tertanggung hidup atau telah meninggal dunia. Salinan dari pernyataan ini sama kuat dan sah seperti aslinya. – *i the undersigned, hereby declare that the particulars stated on this form are true in every respect. I hereby authorize any physician, clinic, hospital, public health centre, insurance company, legal institution, personal or other organizations that has any records or information on the deceased and health of the deceased whether the deceased was still alive or dead to give them to PT International Services Pasific Cross or its authorized institution. A copy of this statement should be as valid and legal as the original.*

\_\_\_\_\_  
 Tempat & Tanggal – *Place & Date* \_\_\_\_\_  
 Nama & Tandatanganan – *Name & Signature*

**DATA MEDIS – MEDICAL DATA**

Nama dan alamat dokter / *Name and address of doctor* : \_\_\_\_\_  
 Tanggal konsultasi / *Date of consultation* :   -   -     dd/mm/yyyy  
 Anamnesa/*Anamneses*; riwayat penyakit/ *History of disease*: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Diagnosa Gigi / *Dental Diagnose* :

8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8

Tindakan / *Procedure* : \_\_\_\_\_  
 Therapy medis / *Medicine therapy* : \_\_\_\_\_

Saya sebagai dokter yang merawat/menangani pasien tersebut diatas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan - pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan sebenar-benarnya. *As the doctor handling the care of the above mentioned patient, I hereby state that I have read and answered the questions in this form clearly and completely.*

Nama Dokter / *Doctors Name* : \_\_\_\_\_  
 Alamat / *Address* : \_\_\_\_\_  
 Tempat dan tanggal / *Place and Date* : \_\_\_\_\_

Tandatanganan dokter & stempel rumah sakit atau dokter / *Signature of doctor & stamp of hospital or doctor* : \_\_\_\_\_