

FORMULIR KLAIM RAWAT INAP

Semua bagian dalam formulir ini harus diisi lengkap

DATA POLIS

No. Polis	
Pemegang Polis	
Tertanggung	
Alamat	
No. Telepon	

DATA PASIEN

Nama Pasien	
No. KTP Pasien	
No. Paspor Pasien	
Dirawat di	
Tanggal Perawatan	
Nama Dokter	

Saya, yang bertanda tangan di bawah ini dengan ini menyatakan bahwa segala pernyataan pada formulir ini adalah benar dalam segala hal. Saya telah memberikan informasi dengan lengkap tentang semua hal yang terkait dengan klaim ini dan jumlah klaim yang diajukan adalah sesuai dengan persyaratan, kondisi dan pengecualian pada polis.

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 dianggap kuat dan sah seperti aslinya.

Tempat & Tanggal

Nama & Tanda Tangan

1.	Nama Pasien	
2.	No. Rekam Medik	
3.	Tanggal Lahir	
4.	Jenis Kelamin	
5.	Tanggal Perawatan	s/d
6.	Anamnesa; Riwayat Penyakit	
7.	Tanggal gejala atau keluhan pertama kali diketahui pasien	
8.	Tanggal pertama kali konsultasi untuk sakit tersebut	
9.	Nama dan alamat Dokter yang merujuk	
10.	Jenis dan hasil pemeriksaan fisik, lab, rontgen, CT scan, hasil PA dll	
11.	Diagnosa atau dugaan diagnose	
12.	Tanggal pertama kali diagnose	
13.	Jenis tindakan pembedahan (jika dilakukan)	
14.	Terapi Medis	
15.	Apakah kondisi tersebut disebabkan atau ada kaitannya dengan kondisi yang disebutkan berikut ini :	
a.	Pengaruh obat-obatan terlarang atau alkohol	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
b.	HIV/ PHS/ AIDS	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
c.	Ketidaksuburan atau sterilisasi	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
d.	Kosmetik atau bedah plastik	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
e.	Psikiatri dan gangguan kejiwaan	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>

f.	Cacat, kelainan bawaan dan herediter	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
g.	Bunuh diri, ketidakwarasan atau melukai diri sendiri	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
h.	Mulut dan Gigi	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
i.	Faktor usia	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
j.	Gangguan menstruasi dan hormonal	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
k.	Gangguan kehamilan, melahirkan dan komplikasi	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>

Saya sebagai dokter yang merawat/menangani pasien tersebut diatas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan - pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan sebenar-benarnya.

Nama dokter	
Alamat	
Tempat dan tanggal	
Tanda tangan dokter dan stempel rumah sakit atau dokter	