

FORMULIR KLAIM RAWAT INAP - CLAIM FORM INPATIENT
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* : _____
Alamat - *Address* : _____
No. Telepon - *Telephone No.* : _____

DATA PASIEN - PATIENT DATA

Nama Pasien - *Patient's Name* : _____
No. KTP Pasien - *Patient ID Card No.* : _____
No. Pasport Pasien : _____
(*Patient Passport No. (If any)*) _____
Dirawat di - *Hospitalized at* : _____
Tanggal Perawatan : _____
(*Date of Treatment*) _____
Nama Dokter - *Doctor's Name* : _____

Saya, dengan ini menyatakan bahwa segala pernyataan pada formulir ini adalah benar dalam segala hal. Saya telah memberikan informasi dengan lengkap tentang hal yang relevan dengan kalim ini dan jumlah klaim yang diajukan adalah sesuai dengan persyaratan, kondisi dan pengecualian pada polis.

I, the undersigned, hereby declare that the particulars stated on this form are true in every respect. I have supplied full information on all particulars relevant to this claim, and the amounts claimed herein are lawfully due to me under the terms, condition and exceptions of the above numbered account.

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 pernyataan ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

*I hereby authorize any physician, clinic, hospital, public health centre, insurance company, legal institution, personal or other organizations that has any records or informations on the deceased and health of the deceased was still alive or dead to give them to **PT. International Services Pacific Cross** or its authorized institution. A copy of this statement should be as valid and legal ad the original.*

Tempat & Tanggal - *Place & Date*

Nama & Tanda Tangan - *Name & Signature*

SURAT KETERANGAN DOKTER - *ATTENDING PHYSICIAN'S REPORT*

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

1. Nama Pasien - *Patient's Name* : _____
2. No. Rekam Medik : _____
(*Medical Record No.*)
3. Tanggal Lahir - *Date of Birth* : - - dd/mm/yyyy
4. Jenis Kelamin - *Sex* : Laki-laki (*Male*) Perempuan (*Female*)
5. Tanggal Perawatan : - - dd/mm/yyyy - sampai dengan (*to*)
(*Date of Treatment*) - - dd/mm/yyyy
6. Anamnesa - *Anamneses* ; Riwayat : _____
Penyakit - *History od Disease* _____

7. Tanggal gejala atau keluhan pertama kali diketahui pasien - *Date of first occurance of the symptom and complain* :
 - - dd/mm/yyyy
8. Tanggal pertama kali konsultasi untuk sakit tersebut - *Date of first consultation for this disease* :
 - - dd/mm/yyyy
9. Nama dan alamat Dokter yang merujuk - *Name and Address of referral Doctor* : _____

10. Jenis dan hasil pemeriksaan fisik, lab, rontgen, CT scan, hasil PA dll - *Physical examination result, lab, X-ray, CT scan, clinical pathology result, etc* : _____

11. Diagnosa atau dugaan diagnosa - *Final diagnosis or working diagnosis* : _____

12. Tanggal pertama kali diagnosa - *Date of first diagnose* :
 - - dd/mm/yyyy
13. Jenis tindakan pembedahan (jika dilakukan) - *Type of surgery (if performed)* : _____

14. Terapi Medis - *Medical Therapy* : _____

15. Apakah kondisi tersebut disebabkan atau ada kaitannya dengan kondisi yang disebutkan berikut ini :

(Was the condition caused by or in anyway associated with conditions mentioned below :)

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| a. Pengaruh obat-obatan terlarang atau alkohol - <i>The influence of drug or alcohol intake</i> | <input type="checkbox"/> Ya/ Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/ No |
| b. HIV / PHS / AIDS | <input type="checkbox"/> Ya/ Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/ No |
| c. Ketidaksuburan atau sterilisasi - <i>Infertility or sterilization</i> | <input type="checkbox"/> Ya/ Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/ No |
| d. Kosmetik atau bedah plastik - <i>Cosmetic or plastic surgery</i> | <input type="checkbox"/> Ya/ Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/ No |
| e. Psikiatri dan gangguan kejiwaan - <i>Psychiatric and mental disorder</i> | <input type="checkbox"/> Ya/ Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/ No |
| f. Cacat, kelainan bawaan dan herediter
<i>(Congenital deformities or anomalies and hereditary)</i> | <input type="checkbox"/> Ya/ Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/ No |
| g. Bunuh diri, ketidakwarasan atau melukai diri sendiri
<i>(Suicide, insanity or self-inflicted injury)</i> | <input type="checkbox"/> Ya/ Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/ No |
| h. Dental - <i>Dental</i> | <input type="checkbox"/> Ya/ Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/ No |
| i. Faktor usia - <i>Geriatric</i> | <input type="checkbox"/> Ya/ Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/ No |
| j. Gangguan menstruasi dan hormonal - <i>Menstruation syndromw and hormonal</i> | <input type="checkbox"/> Ya/ Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/ No |
| k. Gangguan kehamilan, melahirkan dan komplikasi
<i>(Pregnancy syndrome, delivery and complication)</i> | <input type="checkbox"/> Ya/ Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/ No |

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 complitely.

Nama dokter - *Doctor's name* : _____

Alamat - *Address* : _____

Tempat dan tanggal : _____

(Place and date)

Tanda tangan dokter dan stempel : _____

rumah sakit atau dokter

Signature of doctor and stamp

of hospital or doctor