



FORMULIR KLAIM – CLAIM FORM

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* : _____
Tertanggung – *Insured* : _____
Alamat - *Address* : _____

No Telepon – *Telephone No* : _____

DATA PASIEN – PATIENT DATA

Nama Pasien – *Patient Name* : _____
No KTP Pasien – *Patient ID Card No* : _____
No Passport Pasien – *Patient Passport No (If any)* : _____
Dirawat di – *Hospitalized at* : _____
Tanggal perawatan – *Date of Treatment* : _____
Nama Dokter – *Doctor Name* : _____

Saya, dengan ini menyatakan bahwa segala pernyataan pada formulir ini adalah benar dalam segala hal. Saya telah memberikan informasi dengan lengkap tentang semua hal yang relevan dengan klaim 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, conditions 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.Indrapura 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 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 Indrapura 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 & Tandatangan – *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/*Name of the patient* : _____
- 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/*Date of treatment* : to
- 6 Anamnesa/*Anamneses*; riwayat penyakit/ *History of disease*:

- 7 Tanggal gejala atau keluhan pertamakali diketahui pasien / *Date of first occurrence of the symptom and complain* : - - dd/mm/yyyy
- 8 Tanggal pertamakali 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 pertamakali diagnosa ditegakkan/ *Date of first diagnose* : - - dd/mm/yyyy



13 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 dari obat-obatan terlarang atau alkohol / <i>the influence of drugs 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 atau kelainan bawaan/ <i>congenital deformities or anomalies?</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 |

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* : _____

Tandatangan dokter & stempel rumah sakit atau dokter / *Signature of doctor & stamp of hospital or doctor* : _____