

FORMULIR KLAIM RAWAT GIGI (*DENTAL CLAIM FORM*)

(Semua bagian harus diisi dengan lengkap /*All sections must be completed*)

Mohon dapat mengirimkan seluruh dokumen dan kelengkapan klaim ke:

Please send all claims and inquiries to:

PT. International Services Pacific Cross

Menara Cakrawala 8th Floor, Jl. M.H. Thamrin No.9 Jakarta 10340,
Indonesia t. (+62 21) 2359 9355
www.pacificcross.co.id

BAGIAN A- INFORMASI DARI PASIEN

SECTION A – PARTICULARS OF THE PATIENT

Nama Pasien (<i>Name of Patient</i>)		Jenis Kelamin (<i>Sex</i>)
Tanggal Lahir/ <i>Date of Birth</i> (MM/DD/YY)	No. Peserta (<i>Member No.</i>)	No. Polis (<i>Policy No.</i>)
Jika asuransi kumpulan, nama dari Pemegang Polis (<i>If group insurance, name of the Policyholder</i>)		

BAGIAN B – PERNYATAAN DARI PASIEN

SECTION B – STATEMENT BY THE PATIENT

1. Jika salah satu perawatan atau layanan berikut ini dibutuhkan sebagai akibat dari sebuah kecelakaan, mohon tuliskan tanggal kejadian (<i>If any of the above treatments or services were necessitated as a result of an accident, please state the occurrence of the incident.</i>)		
2. Kapan dan dimana kejadian terjadi? (<i>When and where did the accident occur?</i>)		
3. Apakah kecelakaan tersebut seharusnya memerlukan laporan ke polisi? Jika ya, apakah kecelakaan tersebut dilaporkan? Kapan dan dimana dilaporkan? (<i>Was the accident of nature requiring report to the police? If so, was the accident reported? When and where it reported?</i>)	Ya ☐ (Yes)	Tidak ☐ (No)

BAGIAN C – PERNYATAAN & OTORISASI

SECTION C – AUTHORIZATION & DECLARATION

Dengan ini saya memberi kuasa kepada rumah sakit atau dokter gigi atau orang lain yang telah merawat saya untuk memberikan kepada **PT. International Services Pacific Cross** (atau perwakilannya) untuk meninjau setiap dan semua informasi yang diminta sehubungan dengan penyakit atau kecelakaan, riwayat gigi, konsultasi, resep atau perawatan dan salinan semua catatan rumah sakit atau gigi dan catatan dari setiap lembaga pemerintah yang kepadanya laporan kecelakaan atau penyakit tersebut diajukan. Saya setuju bahwa salinan fotokopi kuasa ini akan dianggap sama efektif dan sahnyanya dengan aslinya.

Dengan ini saya menyatakan sejauh pengetahuan dan keyakinan saya bahwa rincian yang dinyatakan pada formulir ini adalah benar dan tepat.

Saya mengerti bahwa jika saya gagal memberikan informasi yang diminta dalam formulir ini, hal itu dapat mengakibatkan ketidakmampuan Perusahaan untuk menerima atau memproses klaim ini.

I hereby authorize any hospital or dentist or other person who has attended me to furnish to PT. **International Services Pacific Cross** (or its representative) to review any and all information requested with respect to any illness, or accident, dental history, consultation, prescription or treatment and copies of all hospital or dental records and the records of any governmental agency with which a report of any such accident or illness is lodged. I agree that a photostat copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

I hereby declare to the best of my knowledge and belief that the particulars stated on these forms to be true and correct.

I understand that if I fail to provide any information requested in this form, it may result the inability of the Company to accept or process this claim.

Tanggal/Date

Tandatangan Pasien (atau Orang Tua jika dibawah umur)
Signature of Patient (or Parent if a minor)

BAGIAN D – LAPORAN PEMERIKSAAN DOKTER GIGI

SECTION D – ATTENDING DENTIST'S REPORT

Tanggal Perawatan Treatment Date	Faskes Perawatan Treatment Provider	No. Gigi No. of Tooth	Biaya Charges
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Mohon tandai gigi atau area mulut yang dirawat pada bagan berikut:
(Please mark teeth treated or area of oral treatment on the following chart:)

LABIAL																																			
																																			
RIGHT												LINGUAL												LEFT											
																																			
LABIAL																																			

Nama Dokter Gigi

(Name of Dentist:)

Alamat

(Address:)

No. Telepon

(Telephone No.):

Surel

(E-mail:)

Tandatangan Dokter Gigi dengan Cap

(Signature of Dentist with Stamp)

Tanggal

(Date:)

Mohon lampirkan semua kwitansi atau dokumen terkait lainnya.

Please attach all invoices and other relevant documents.