

FORMULIR KLAIM RAWAT MATERNITAS – CLAIM FORM MATERNITY

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

DATA POLIS – POLICY DATA

No. Polis – *Policy No.* : _____
Pemegang Polis – *Policyholder* : _____
Nama Karyawan – *Employee Name* : _____
Alamat – *Address* : _____
No. Telepon – *Telephone No.* : _____

DATA PASIEN – PATIENT DATA

Nama Pasien – *Patient Name* : _____
No. KTP Pasien – *Patient ID Card No.* : _____
No. Passpot 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 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 fill 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 authorized any Physician, Clinic, Hospital, Health Care, Insurance Company, Legal Institution, Personel 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 – *Date of Treatment* : - - dd/mm/yyyy
- 6 Anamnesa – *Anamnesis* : _____
Riwayat Penyakit – *History of Diseases* : _____
- 7 Tanggal gejala atau keluhan pertama kali diketahui pasien
Date of first occurrence of the symptom and complain known by patient: : - - 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, 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* : _____
G P A

- 12 Tanggal pertama kali diagnosa – *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 before:?*)

- | | | | | | |
|----|--|--------------------------|--------|--------------------------|----------|
| 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 atau 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. | Psikosomatis – <i>Pshycomatic?</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>Menstrual syndrome 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 completely.

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) _____