

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

FORMULIR KLAIM RAWAT GIGI (*DENTAL CLAIM FORM*)

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

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***

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>)		
Kapan dan dimana kejadian terjadi? (<i>When and where did the accident occur?</i>)		
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

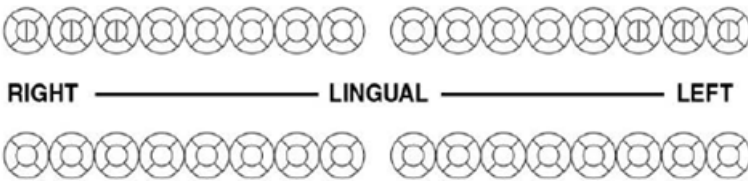
Tandatangan Pasien (atau Orang Tua jika dibawah umur) - Signature of Patient (or Parent if a minor)

BAGIAN D – LAPORAN PEMERIKSAAN DOKTER GIGI**SECTION D – ATTENDING DENTIST'S REPORT**

Tanggal Perawatan <i>Treatment Date</i>	Faskes Perawatan <i>Treatment Provider</i>	No. Gigi <i>No. of Tooth</i>	Biaya <i>Charges</i>
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)* : _____

Tandatangan Dokter Gigi

dengan Cap

(Signature of Dentist with Stamp)

No. Telepon :

(Telephone No.)

Surel *(E-mail)* : _____

Mohon lampirkan semua kwitansi atau dokumen terkait lainnya.

Please attach all invoices and other relevant documents.