



FORMULIR KLAIM RAWAT INAP & PEMBEDAHAN

(Diisi oleh Keluarga)

DATA PASIEN

1. Nama Tertanggung 2. Jenis Kelamin L P

3. Tempat/Tgl. Lahir 4. Umur

5. A l a m a t

6. No.KTP/SIM/Paspor 7. Telp. Kantor & Rumah

8. No. Polis 9. Hub. Dg. Tertanggung Utama

10. Pekerjaan/Jabatan

(Jelaskan secara rinci)

11. Dirawat di Rumah Sakit karena :

a. Sakit (jelaskan tanggal/hari dari gejala pertama) :

.....

.....

.....

.....

b. Kecelakaan (jelaskan kapan, tempat kejadian dan bagaimana terjadinya) :

.....

.....

.....

.....

c. Kehamilan (termasuk komplikasinya, keguguran, abortus, dll) :

.....

.....

.....

.....

12. Jelaskan secara mendetail gejala sakit penyakit dan apa diagnosanya :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

13a. Tanggal Masuk Rumah Sakit b. Tanggal Keluar Rumah Sakit

c. Nama/Alamat Rumah Sakit

d. Nama Dokter yang merawat

e. Periode perawatan di Rumah Sakit

Tanggal	Sampai Tanggal
---------	----------------

f. Apakah ada pemeriksaan lanjutan (Follow up) setelah masa perawatan ini?
Jika "YA" berikan penjelasan kapan dan ke dokter mana Anda akan kontrol.
.....
.....
.....

14. Tuliskan Nama/Alamat/Jenis Keahlian dari Dokter yang Anda kunjungi sebelum Anda dirawat di Rumah Sakit?
.....
.....
.....

15. Tuliskan Nama dan Alamat dari Dokter Pribadi Anda/Rumah Sakit tempat Anda berobat/konsultasi (3 tahun terakhir ini)?
.....
.....
.....

16. Apakah Anda mempunyai Polis Asuransi Kesehatan lainnya selain pada **PT Commonwealth Life**?
Jika "YA" sebutkan **Nama Perusahaannya, jumlah Uang Klaim yang harus dibayar oleh Perusahaan itu dan No. Polisnya.**
.....
.....
.....
.....

Saya menyatakan bahwa Saya telah membaca dan menjawab pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan benar. Selanjutnya dengan ini Saya memberi kuasa kepada Dokter atau Rumah Sakit, Klinik, Perusahaan Asuransi atau Perusahaan/Badan/Lembaga atau Orang Lain yang mempunyai catatan atas Kesehatan Saya untuk memberikan keterangan kepada PT Commenwealth Life atau wakil-wakilnya, setiap dan semua keterangan tentang Saya berkenaan dengan kesehatan dan riwayat medis/kesehatan Saya dan setiap perawatan Rumah Sakit, nasehat perawatan dan seluruh penyakit yang diderita.
Salinan fotocopy dari Surat Kuasa ini dan kekuatannya sama dengan dokumen aslinya.

..... Tgl. Bulan Tahun

Meterai
Rp. 6.000,-

Tanda Tangan Pemilik Polis

Tanda Tangan Tertanggung

FORMULIR KLAIM RAWAT INAP & PEMBEDAHAN

(Diisi oleh Dokter)

DATA PASIEN / PATIENT DETAILS

1. Nama Lengkap Pasien <i>Name</i>	<input type="text"/>	2. Jenis Kelamin <i>Sex</i>	<input type="checkbox"/> L M <input type="checkbox"/> P F
3. Tempat/Tgl. Lahir <i>Place / Date of Birth</i>	<input type="text"/>	4. Umur <i>Age</i>	<input type="text"/>
5. A l a m a t <i>Address</i>	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		

6. Riwayat Penyakit Sekarang / Current Medical Details

a. Tgl. Masuk Rumah Sakit <i>Date(s) Admitted</i>	<input type="text"/>	b. Tgl. Konsultasi pertama kali dengan Anda <i>Date of first Consultation with you</i>	<input type="text"/>
c. Tgl. Keluar Rumah Sakit <i>Date(s) Discharged</i>	<input type="text"/>		
d. i. Keluhan Utama <i>Major Complaint</i>		
ii. Tanggal keluhan/gejala utama tersebut pertama kali diketahui <i>Date of first time complaints</i>		
e. Riwayat perjalanan penyakit (lamanya, tuliskan tanggal/bulan/tahun) <i>History of Illness (length of illness, please give details of date/month/year)</i>		
f. Diagnosis Penyakit dan Terapi/Pengobatan yang diberikan selama masa perawatan. <i>Diagnosis and Therapy/Treatment given.</i>		
g. Tindakan pembedahan (jika ada) : <i>Surgery (if any)</i>		
i. Jenis Pembedahan (Type of Surgery)			
ii. Jenis Anastesi (Type of Anesthesia) : Lokal / General (Local/General)			
h. Apakah ada kemungkinan untuk kambuh? <i>Is there any possibility to relapse?</i>		
i. Jika Pasien dirujuk/pernah berobat ke Dokter/RS lain (sebelum dirawat dengan Anda), mohon tuliskan Nama dan Alamat Dokter/RS tersebut <i>If the Patient was referred to you or had seen another Doctor/Hospital prior, please give name and address of Doctor/Hospital</i>		

M-2/4-1/11

j. Diagnosa di atas berhubungan dengan
The Diagnose above is related to

Penyakit Kejiwaan
Mental Disorder

Neurosa Ya Tidak
Yes No

Psikosa Ya Tidak
Yes No

Kelainan Bawaan Sejak Lahir
Congenital Anomaly

Ya Tidak
Yes No

Kehamilan
Pregnancy

Ya Tidak
Yes No

Kecelakaan
Accident

Ya Tidak
Yes No

Jika "Ya" jawab pertanyaan a, b & c :
If "Yes", please answer a, b & c

a. Apakah menimbulkan cacat/gangguan fungsi secara tetap? Ya Tidak
Caused permanent deformity/dysfunction? Yes No

b. Bila "YA", Berapa persen gangguan fungsi atau cacat tetapnya? %
If "Yes", what is the percentage of the permanent deformity/dysfunction?

c. Perkiraan waktu yang dibutuhkan untuk penyembuhan? Tahun Bulan
Estimation of time for recovery? Year Month

7. Informasi Lain / Others

Apakah pasien pernah konsultasi / dirawat sebelumnya?
Has the patient ever been consulted/hospitalized before?

Ya Tidak
Yes No

Bila "YA", jawab pertanyaan a, b, c & d.
If "YES", please answer a, b, c & d.

- a. Tanggal / / s.d. / / = Hari
Date Tgl. / dd bln. / mm thn. / yyyy to Tgl. / dd bln. / mm thn. / yyyy days
- b. Diagnosa
Diagnose
- c. Nama Dokter
Name of Doctor
- d. Nama Rumah Sakit
Name of Hospital

Mohon lampirkan fotocopy (yang dilegalisir oleh pihak RS) hasil pemeriksaan Laboratorium, X-Ray, Histopathology, hasil Operasi, dan hasil pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat membantu kami sebagai Dokter Perusahaan PT Commonwealth Life untuk melakukan penilaian didalam proses pembayaran klaim kami ini.

Please attached a photocopy (which is authorised by the hospital) Laboratory result, X-Ray, Histopathology, Surgery result and other supporting evidence that will enable us as the Doctor for PT Commonwealth Life to assess this claim.

..... Tgl. Bulan Tahun
Date Month Year

Tanda tangan dan Stempel dokter*
Doctor sign & Stamp

* WAJIB menyertakan tanda tangan dan stempel dokter/rumah sakit
Doctor's signature must be affixed with the doctor's/hospital's official stamp

Dokumen ini bersifat rahasia.

Setelah diisi lengkap, harap disampaikan dengan amplop tertutup

Confidential. Please deliver in a sealed envelope