



FORMULIR PELAYANAN MEDIS

Temannya (TS) yang terhormat,
 Untuk keperluan kelengkapan pengajuan klaim asuransi kesehatan Nasabah/peserta asuransi kami, mohon bantuan TS dapat melengkapi pertanyaan dalam formulir dibawah ini. Selanjutnya mohon dapat disampaikan kepada kami melalui pasien yang bersangkutan. Terima kasih atas kerjasamanya.

PERNYATAAN PESERTA

Bersama ini saya memberi kuasa kepada PT Commonwealth Life untuk mendapatkan segala keterangan/catatan medis dari Rumah Sakit, klinik atau pihak lain yang memberikan pelayanan medis kepada saya dan/atau keluarga yang menjadi Tertanggung, guna kelengkapan dokumen pengajuan klaim sesuai ketentuan Polis. Saya menyetujui bahwa setiap biaya yang timbul sehubungan dengan pelayanan, perawatan, pengobatan dan/atau tindakan medis yang sudah saya terima tidak dijamin/melebihi batas santunan berdasarkan ketentuan Polis yang ada akan menjadi tanggung jawab saya.

..... - 20

 Tanda Tangan & Nama Lengkap Pemegang Polis

DATA PESERTA

Nama Pemegang Polis : _____ Nama Pasien : _____
Policy Holder Name Patient Name
 No Polis : _____ Tanggal Lahir : _____
Policy No. Date of Birth

INFORMASI PELAYANAN MEDIS

Diisi lengkap oleh dokter / to be completed by the doctor

Rumah Sakit/Klinik/Dokter : _____
Hospital/Clinic/Doctor
 Tanggal Perawatan : _____ s/d _____
Date of Hospitalization
 Jenis Kamar Perawatan : _____
Type of Hospital Room
 Jenis Pelayanan Medis : Rawat Inap Sebelum/Sesudah Rawat Inap Rawat Jalan
Type of Service Hospitalization Pre/Post Hospitalization Outpatient

Anamnesa : Anamnesis

Keluhan Utama : _____
Major Symptom
 Tanggal keluhan tersebut diketahui : _____ (dd/mm/yyyy)
Date of first time complaints
 Riwayat Penyakit : _____
History of illness

Kelainan-kelainan yang ditemukan / Abnormal Finding

Pemeriksaan Fisik : _____
Physical Treatment
 Laboratorium : _____
Laboratory Test
 Pemeriksaan Penunjang Lain : _____
Other Supporting Test

Lain-lain / Others

Diagnosa Awal : _____
Working Diagnosis
 Diagnosa Keluar : _____
Final Diagnosis
 Pengobatan/Tindakan : _____
Treatment / Surgery Given
 Anjuran : _____
Doctor's Advice

Penyakit berhubungan dengan : Penyakit Kejiwaan / mental disorder Penyakit Kelamin / Sexually Transmitted Disease
Diagnosis is related to Kosmetik/Cosmetic Penyalahgunaan Obat / Drug Abuse
 Infertilitas / Infertility Lain-lain (jelaskan) :
Others, please describe

..... - 20

 Tanda Tangan & Cap Dokter
Signature and stamp of the Doctor