



FORMULIR KLAIM

NOTIFICATION OF CLAIM FORM

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

Please send all claims and enquiries to:

Chase Plaza Tower 19th Floor

Jl. Jend. Sudirman Kav. 21 Jakarta 12920, Indonesia t. (+62.21) 2598 9878 f. (+62.21) 2598 9879

www.pacificcross.co.id

A. BAGIAN TERKAIT DENGAN PASIEN / PARTICULARS OF THE PATIENT

Nama Pasien / Name of Patient :			
Tanggal Lahir / Date of Birth (DD/MM/YY) :	Jenis Kelamin / Sex :		
Nama Pemegang Polis / Name of the Policy Holder :			
No. Polis / Policy No. :	No. Peserta / Member No. :		

Jika klaim ini disetujui, pembayaran klaim ditransfer ke rekening pemegang polis, dengan detail sebagai berikut
if this claim is approved, the eligible amount should be transferred to account of the policy holder, with details

- Nama Bank / Name of Bank :	- Cabang / Branch :
- No. Rekening / Account Number :	- Mata Uang / Currency :
- Nama Pemilik Rekening / Name of Account Holder :	

B. PERNYATAAN DARI PASIEN / STATEMENT BY THE PATIENT

(Diisi oleh orangtua jika pasien adalah anak / by parent if patient is a minor)

Jika diakibatkan oleh sebuah kecelakaan / If as a result of an accident

a. Kapan kecelakaan terjadi / When did the accident occur (DD/MM/YY) ? _____

b. Berikan gambaran singkat mengenai kejadian kecelakaan / Give a brief description of the circumstances :

c. Bagian tubuh mana yang mengalami cedera / Which part(s) of the body was injured ?

Jika disebabkan karena sebuah penyakit / If as a result of an illness

Kapan keluhan atas penyakit tersebut timbul / When did the symptom first appear (DD/MM/YY) ? _____

C. OTORISASI & DEKLARASI / AUTHORIZATION & DECLARATION

Saya dengan ini memberikan kuasa kepada setiap rumah sakit atau dokter atau pihak ketiga yang telah saya datangi, untuk memberikan kepada PT. Internasional Services Pacific Cross (atau yang mewakilinya) dan mengizinkan PT. Internasional Services Pacific Cross (atau yang mewakilinya) untuk meninjau dan meminta semua informasi yang terkait dengan setiap penyakit atau kecelakaan, setiap riwayat medis, setiap konsultasi, resep- resep atau perawatan-perawatan, salinan dari semua rumah sakit atau catatan medis dan catatan dari instansi pemerintah atas laporan kecelakaan atau penyakit yang diajukan. Saya setuju bahwa salinan atas otorisasi ini dianggap sebagai efektif dan berlaku seperti aslinya.

Saya menyatakan bahwa setiap pernyataan pada formulir ini adalah benar dan tepat.

Saya memahami bahwa jika saya tidak memberikan informasi yang diminta dalam formulir ini, dapat menyebabkan klaim ini tidak dapat diterima atau diproses.

I hereby authorize any hospital or physician or third party who has attended me to furnish to PT. International Services Pacific Cross (or its representative) and permit said insurance company (or its representative) to review any and all information requested with respect to any illness or accident, medical history, consultations, prescriptions, or treatments, copies of all hospital or medical records and the records of any governmental agency with which a report of any such accident or illness is lodged. I agree that a photostatic 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 this form to be true and correct.

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

Tempat dan tanggal / Place and Date

Tanda tangan pasien (atau orang tua jika pasien adalah anak-anak)
Signature of Patient (or parent if a minor)

Dokumen harus diajukan dengan / Documents must be submitted with :

Formulir Klaim yang telah dilengkapi / Completed claim form

Kwitansi Asli / Original payment receipt

Rincian biaya / Breakdown of charges

Salinan Resep / Copy of prescription

Salinan hasil pemeriksaan diagnostik (Laboratorium, Radiologi, Patologi, dll)
Copy of diagnostic test result (laboratory, radiology, pathology, etc.)

D. KETERANGAN DOKTER / ATTENDING PHYSICIAN'S REPORT

1. Anamnesa / Anamnesis

a. Apa keluhan utama dan keluhan tambahan saat itu / *What was the main complaint and or other complaint(s) / symptom(s) ?* :

b. Kapan pertama kali keluhan tersebut timbul / *When did the complaint / symptom first appear ? (DD/MM/YY) :*

c. Kapan pertama kali pasien konsultasi kepada anda atas keluhan tersebut ? / *When did patient first consult to you on this condition ? (DD/MM/YY) :*

d. Menurut anda, apakah pasien pernah mengalami kondisi yang sama sebelumnya ? jika Ya, mohon dijelaskan tanggal dan detil informasinya
According to you, has the patient been in the same condition before? If Yes, please give dates and details :

e. Sepanjang pengetahuan Anda, apakah pasien pernah melakukan pemeriksaan sebelumnya ke dokter lain untuk keluhan-keluhan ini ?

Jika Ya, mohon diberikan nama dan alamat dokter tersebut / *To your knowledge, had patient previously consulted any other doctors for these symptoms? If Yes, please give names and address of the doctors :*

f. Apakah ada penyakit lain yang berhubungan dengan kondisi saat ini ? Jika Ya, mohon disebutkan nama penyakit dan sejak kapan penyakit tersebut timbul
Is there any disease(s) that related to the current condition? If Yes, please state the disease(s) and since when :

2. Hasil Pemeriksaan Fisik / *Physical Examination Result :*

3. Hasil Pemeriksaan lainnya / Tes Diagnostik (Laboratorium, Radiologi, Patologi dll)

Other Examinations / Diagnostic Tests Result (Laboratory, Radiology, Pathology, etc.) :

4. Diagnosa / *Diagnosis*

a. Apa diagnosa perawatan dan kapan ditegakkan / *What was the diagnosis and when was it made ? :*

b. Apa yang menyebabkan kondisi ini / *What was the underlying cause of this condition ?*

c. Apakah kondisi tersebut disebabkan atau berhubungan dengan kondisi-kondisi seperti yang dicantumkan dibawah ini
Was the condition caused by or in anyway associated with conditions mentioned below:

- | | | |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|
| i. Pengaruh dari Obat-obatan terlarang atau Alkohol / <i>The influence of drugs or alcohol intake?</i> | Ya / Yes <input type="checkbox"/> | Tidak / No <input type="checkbox"/> |
| ii. HIV / AIDS? | Ya / Yes <input type="checkbox"/> | Tidak / No <input type="checkbox"/> |
| iii. Penyakit kelamin / <i>Venereal disease?</i> | Ya / Yes <input type="checkbox"/> | Tidak / No <input type="checkbox"/> |
| iv. Infertilitas atau sterilisasi / <i>Infertility or sterilization?</i> | Ya / Yes <input type="checkbox"/> | Tidak / No <input type="checkbox"/> |
| v. Kosmetik atau operasi plastik / <i>Cosmetic or plastic surgery?</i> | Ya / Yes <input type="checkbox"/> | Tidak / No <input type="checkbox"/> |
| vi. Gangguan mental dan kejiwaan / <i>Psychiatric and mental disorder?</i> | Ya / Yes <input type="checkbox"/> | Tidak / No <input type="checkbox"/> |
| vii. Cacat atau kelainan bawaan / <i>Congenital deformities or anomalies?</i> | Ya / Yes <input type="checkbox"/> | Tidak / No <input type="checkbox"/> |
| viii. Bunuh diri, kegilaan atau cedera yang diakibatkan perbuatan sendiri
<i>Suicide, insanity or self-inflicted injury?</i> | Ya / Yes <input type="checkbox"/> | Tidak / No <input type="checkbox"/> |



d. Apakah perawatan tersebut disebabkan karena / *Are any of the conditions treated due to:*

i. Kecelakaan / *Accident*

Ya / Yes

Tidak / No

Jika Ya, mohon disebutkan tanggal kejadian / *If Yes, state the date of the accident occur :* _____

ii. Penyakit atau cedera akibat pekerjaan pasien / *Sickness or injury due to patient's employment*

Ya / Yes

Tidak / No

iii. Kehamilan / *Pregnancy*

Ya / Yes

Tidak / No

Jika Ya, mohon disebutkan perkiraan tanggal dimulainya kehamilan / *If Yes, state approximate date of commencement of pregnancy :*

5. Terapi / Pengobatan yang diberikan / *Therapy / Treatment given :*

6. Prosedur Medis / Pembedahan (jika ada) / *Medical Procedure / Surgery (if any)*

a. Nama atau tipe prosedur / *Name or type of the procedure :* _____

b. Tipe Anestesi / *Type of anesthesia* : _____

c. Tanggal Prosedur / *Date of the procedure* : _____

7. Apakah memungkinkan perawatan ini dilakukan dengan rawat jalan?

Is it possible to provide this treatment on a outpatient basis?

8. Rawat Inap / *Hospitalization*

a. Jika Rawat Inap diperlukan, mohon jelaskan indikasi medisnya / *If hospitalization is needed, please state the medical indication :*

b. Kapan rawat inap tersebut dilakukan / *When was the period of hospitalization ?*

Tanggal Masuk / *Admission date (DD/MM/YY) :* _____ Tanggal Keluar / *Discharge date (DD/MM/YY) :* _____

c. Laporan Ringkasan perawatan / *Discharge summary report :*

Sebagai dokter yang menangani perawatan atas pasien tersebut di atas, saya dengan ini menyatakan bahwa saya telah membaca dan menjawab pertanyaan pertanyaan dalam formulir ini dengan jelas dan benar.

As the attending physician handling the care of the above mentioned patient, I hereby state that I have read and answered the questions in this form clearly and correctly.

Nama Dokter / *Name of attending physician* : _____

Alamat Rumah sakit / Klinik / *Address / Hospital / Clinic* : _____

Tempat dan Tanggal / *Place and date*

Tanda tangan Dokter dengan Stempel / *Signature of attending physician with stamp*