

**FORMULIR KLAIM PERAWATAN MEDIS
MEDICAL CLAIM FORM**

Petunjuk Pengajuan Klaim / Claim Submission Guidelines

- Formulir ini harus diisi dengan lengkap, benar, jelas dan ditandatangani oleh peserta atau orangtua jika pasien adalah anak-anak.
This form should be filled with complete, correct, clear information and signed by insured person or parents if the insured person is children.
- Formulir ini berlaku untuk 1 (Satu) orang pasien.
This form is valid for 1 (one) patient.
- Klaim dapat diproses lebih lanjut hanya bila semua dokumen pendukung pengajuan klaim yang sesuai telah diisi, dilengkapi dan dilampirkan, meliputi: Surat Jaminan (apabila menggunakan jaminan), Formulir Klaim, Kuitansi asli beserta perinciannya yaitu: nama pasien, tanggal perawatan, biaya perawatan, copy resep obat-obatan, hasil pemeriksaan penunjang diagnostic (Laboratorium, Radiologi, Histopatologi, dll)
Claim can only be processed subject to all related documents have been filled, completed and attached. The supporting documents shall include: Guarantee Letter (for Guaranteed Hospitalization), Claim Form, Original receipt bearing the patient's name, treatment date, charged amount, detailed report of medical prescription, diagnostic report (Laboratory report, Radiology report, Histopathological report, etc)

**Diisi oleh peserta asuransi atau orangtua bila pasien adalah anak-anak.
Filled by the insured person or his/her parents if the patient is children.**

| DATA PESERTA ASURANSI Employee's Information | | DATA PASIEN Patient's Information | |
|---|---------|--|---------|
| Nama Perusahaan <i>Company's name</i> | : _____ | Nama Pasien <i>Patient's name</i> | : _____ |
| Nama Karyawan <i>Employee's name</i> | : _____ | Nomor Peserta <i>Membership No</i> | : _____ |

JENIS PELAYANAN MEDIS / Medical Service Type :

Rawat Jalan / *Outpatient*
 Rawat Gigi / *Dental*
 Rawat Inap / *Inpatient*
 Kehamilan / *Maternity*

**PERNYATAAN PEMBERIAN KUASA
POWER OF ATTORNEY**

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti, dan menjawab pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan benar. Dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap dokter, rumah sakit, puskesmas, perusahaan asuransi dan badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan kesehatan saya untuk dapat memberitahukan kepada PT Hanwha Life Insurance atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan saya. Fotocopy dari pernyataan ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

I declare that I have read, understood and answered all the questions above completely and correctly. I hereby authorized any physician, clinic, hospital, public health centers, insurance company, legal institution, personal or other organizations that has any records or information on the health of the Insured person to inform PT Hanwha Life Insurance or its authorized party, any explanation about mu health condition. A copy of this statement should be valid and legal as the original.

Tempat dan Tanggal / Place and Date : _____

Tanda tangan, nama jelas karyawan / keluarga karyawan
Signature, full name of employee / dependent

Diisi oleh Dokter yang merawat.
Filled by the Treating Physician

**KETERANGAN DOKTER
 MEDICAL RESUME**

| | |
|--|--|
| Tanggal mulai dirawat / <i>Admission Date</i> : | Tanggal keluar perawatan / <i>Discharge Date</i> : |
| Keluhan dan Gejala Utama / <i>Primary symptoms and signs</i> : | |
| Keluhan dan Gejala Tambahan / <i>Others symptoms and signs</i> : | |
| Sejak kapan keluhan dan gejala tersebut dirasakan oleh pasien ? <i>Since when the symptoms and signs suffered by the patient ?</i> | |
| Pemeriksaan Fisik / <i>Physical Examination</i> : | |
| Diagnosis / <i>Diagnosis</i> : | |
| Terapi / <i>Therapy</i> : | |
| Jika diperlukan untuk Rawat Inap / <i>If required for Hospitalization</i> : Indikasi dilakukan Rawat Inap / <i>Indication for Hospitalization</i> : | |
| Jika diperlukan suatu tindakan pembedahan / <i>If required to surgery</i> , Tindakan atau Pembedahan yang dilakukan selama perawatan / <i>Procedures or Surgical performed during treatment</i> : | |
| Tanggal tindakan pembedahan / <i>Date of surgery</i> : _____ Status Pembedahan / <i>Surgical Status</i> : <input type="checkbox"/> Elektif / <i>Elective</i> <input type="checkbox"/> One day care / <i>One Day Surgery</i> <input type="checkbox"/> CITO, alasan / <i>reason</i> : _____ | |
| Apakah penyakit / kondisi diatas disebabkan atau berhubungan dengan: <i>Is the above sickness / condition caused by or related to:</i> <input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan / <i>Congenital Disorder</i> <input type="checkbox"/> Ketidaksuburan / <i>Infertility</i> <input type="checkbox"/> Kelainan Mental / <i>Mental Disorder</i> <input type="checkbox"/> Gangguan Hormonal / <i>Hormonal Imbalance</i> <input type="checkbox"/> Kecelakaan / <i>Accident</i> <input type="checkbox"/> Kosmetika atau Estetika / <i>Cosmetic or Aesthetic</i> <input type="checkbox"/> Kehamilan / <i>Pregnancy</i> , Tanggal HPHT / <i>The first date of last periode</i> : _____ Jika YA, mohon dijelaskan / <i>If YES please explain</i> : | |
| Bila perawatan dikarenakan kecelakaan, mohon disebutkan / <i>If treatment due to accident, please state</i> : Tanggal kecelakaan / <i>Date of accident</i> : Penyebab kecelakaan / <i>Cause of accident</i> : | |
| Prognosis / <i>Prognosis</i> : | |
| Keadaan pasien saat pulang / <i>Patient's condition when discharged</i> : <input type="checkbox"/> Sembuh / <i>Recovered</i> <input type="checkbox"/> Meninggal / <i>Death</i> <input type="checkbox"/> Lainnya / <i>Other</i> : | |

Saya menyatakan bahwa seluruh informasi diatas adalah benar menurut pengetahuan dan keyakinan saya.
I declare that all the information above is true to the best of my knowledge and belief.

Tempat dan Tanggal / *Place and Date* _____

 Nama Jelas dan Tanda tangan Dokter
Physician's name and signature

 Nama dan Stempel Rumah Sakit
Hospital's name and Stamp