

FORMULIR KLAIM CRITICAL ILLNESS CRITICAL ILLNESS CLAIM FORM

DATA PASIEN PATIENT'S DATA

NAMA PASIEN
PATIENT'S NAME

NAMA DEPAN / FIRST NAME _____ NAMA BELAKANG / LAST NAME _____

TANGGAL LAHIR
DATE OF BIRTH

TGL / DD BLN / MM THN / YY

JENIS KELAMIN LAKI-LAKI PEREMPUAN
SEX MALE FEMALE

NO POLIS
POLICY NUMBER

NAMA WALI

NAME OF GUARDIAN
UNTUK PASIEN BERUSIA < 17 TAHUN / FOR PATIENT UNDER 17 YEARS OLD

NAMA DEPAN / FIRST NAME _____ NAMA BELAKANG / LAST NAME _____

HUBUNGAN WALI
RELATIONSHIP TO GUARDIAN

PERNYATAAN PASIEN/WALI PASIEN
PATIENT / PATIENT GUARDIAN STATEMENT

Dengan ini saya yang tersebut di atas sebagai Pasien atau Wali Pasien yang sah, memberi izin pada pihak Penyedia Pelayanan Kesehatan untuk menjelaskan semua tindakan yang diperlukan terkait kondisi kesehatan saya kepada PT Asuransi Jiwa IFG yang secara sah telah saya beri kuasa untuk mendapatkan semua rekaman medis/informasi lain yang diperlukan dari Penyedia Pelayanan Kesehatan atau pihak lain, agar saya atau Pasien yang saya Wali-kan dapat menerima pembayaran klaim Asuransi Jaminan Tambahan *Critical Illness*.

Herewith this letter, I, as Patient or Patient's legal Guardian mentioned above, authorized Health Service Provider to inform any treatment related to my health condition to PT Asuransi Jiwa IFG, I authorized PT Asuransi Jiwa IFG to obtain any medical report or other information needed from Health Service Provider, in order to receive Benefit of Critical Illness Insurance.

TANDA TANGAN dan NAMA JELAS
PASIEN atau WALI
SIGNATURE AND NAME OF PATIENT OR GUARDIAN

DIISI PETUGAS RUMAH SAKIT FILLED BY HOSPITAL OFFICER

NAMA RUMAH SAKIT
HOSPITAL NAME

NO. REKAM MEDIS
MEDICAL REPORT NUMBER

UNIT/BAGIAN
UNIT/SECTION

TGL MASUK
DATE OF HOSPITALIZATION

TGL / DD BLN / MM THN / YY JAM HINGGA JAM
TIME JJ / HH MM / MM UNTIL TGL / DD BLN / MM THN / YY TIME JJ / HH MM / MM

NAMA DOKTER
DOCTOR'S NAME

NAMA DEPAN / FIRST NAME _____ NAMA BELAKANG / LAST NAME _____

(SUB) SPESIALISASI
(SUB) SPECIALIZATION

DIISI DOKTER FILLED BY DOCTOR

- | | | | |
|---|-------|--|-----------------------------------|
| 1. Diagnosis Utama
<i>Main diagnosis</i> | | Sejak kapan diderita
<i>Sufferred since</i> | |
| Diagnosis Tambahan
<i>Additional diagnosis</i> | | Sejak kapan diderita
<i>Sufferred since</i> | |
| 2. Dokter Perujuk
<i>Referral Doctor</i> | | Alamat/RS
<i>Address/Hospital</i> | |
| 3. Apakah merupakan penyakit akibat kecelakaan?
<i>Is this disease caused by accident?</i> | | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |
| 4. Apakah penyakit yang diderita merupakan penyakit yang disengaja oleh Pasien, atau akibat mencelakai diri sendiri?
<i>Is the disease caused by an intentional disease by the Patient, or due to self harm?</i> | | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |
| 5. Apakah penyakit tersebut berkaitan dengan penyakit seksual menular?
<i>Is the disease related to sexual transmitted disease?</i> | | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |
| 6. Apakah terhadap Pasien dilakukan tindakan/operasi?
<i>Is there any treatment/surgery?</i> | | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |
| a. Nama operasi/tindakan
<i>Name of surgery/treatment</i> | | | |
| 7. Apakah dilakukan pemeriksaan penunjang untuk menegakkan diagnosis?
<i>Is there any supporting medical check up to strengthen the diagnosis?</i> | | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |
| a. Jenis pemeriksaan penunjang
<i>Type of supporting medical check-up</i> | | | |
| 8. Apakah tindakan bedah tersebut berkaitan dengan transplantasi organ? | | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |

PERNYATAAN DOKTER
DOCTOR'S STATEMENT

Saya yang menandatangani dokumen ini adalah Dokter yang bertanggung jawab dalam perawatan Pasien tersebut di atas. Saya menyatakan dengan setinggi-tingginya pengetahuan saya bahwa semua pernyataan dan penjelasan saya di atas, berikut dokumen medis lain yang menyertai adalah benar adanya.
I am signing this statement as a Doctor who responsible for treating Patient mentioned above. I declare to the best of my knowledge that all of my statements and explanations above, along with other medical documents are true.

TANDA TANGAN, NAMA JELAS DOKTER DAN STEMPEL
DOKTER ATAU RUMAH SAKIT
SIGNATURE, NAME OF DOCTOR AND DOCTOR / HOSPITAL STEMPEL

TANGGAL PENGISIAN FORMULIR
FORM FILLING DATE

TGL / DD BLN / MM THN / YY