

**FORMULIR KLAIM RAWAT INAP DAN PEMBEDAHAN
NOTICE OF CLAIM UNDER HOSPITAL & SURGICAL INSURANCE**

Nama Pemegang Polis <i>Policyholder's Name</i>	
Nama Pasien/Tertanggung <i>Insured/Patient's Name</i>	Umur Pasien/Tertanggung <i>Insured/Patient's Age</i>
Sebutkan status pasien (anak/istri/suami tertanggung) <i>Please state patient's status (dependent or spouse)</i>	Jabatan/Pekerjaan <i>Occupation</i>
Alamat/No. Telp <i>Address/Phone</i>	Email <i>Email</i>

Nama/jenis penyakit. Jika kecelakaan, tulis waktu dan tempat <i>Nature of illness. If it was an accident, state time & place</i>
Lama Rawat Inap <i>Length of hospitalization</i>
Name of hospital <i>Nama rumah sakit</i>
Nama dokter yang merawat <i>Name of physician in attendance</i>
Name of surgeon, if any <i>Nama ahli bedah, jika ada</i>
Apakah Tertanggung diasuransikan di perusahaan asuransi lain? Bila benar demikian, mohon sebutkan nama perusahaan asuransi yang bersangkutan beserta jenis pertanggungannya <i>Is the patient covered with other insurance policy? If so, please state the name of insurance company and the type of insurance.</i>

SURAT KUASA

Bersama ini memberikan kuasa kepada rumah sakit, dokter, atau orang yang telah memeriksa saya, untuk melengkapi informasi terkait penyakit, cedera, riwayat kesehatan, surat keterangan, atau perawatan yang dilakukan dokter, atau salinan perawatan rumah sakit atau rekam medis kepada PT Asuransi Jiwa Sinarmas MSIG atau perwakilan yang telah ditunjuk.

Salinan dari surat kuasa ini berlaku efektif dan diakui sebagaimana aslinya.

AUTHORIZATION

I hereby authorize any hospital, physician, or other person who has attended to or examine me to furnish PT Asuransi Jiwa Sinarmas MSIG or its representative, any and all information with respect to any sickness or injury, medical history, consultations, prescriptions or treatment and copies of all hospital or medical records.

A photocopy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

Tanggal _____
Date

Halaman ini harap diisi selengkap-lengkapannya oleh Tertanggung.
Hal yang sama hendaknya dilakukan oleh dokter/ahli bedah yang bersangkutan pada halaman sebaliknya
*This page should be fully completed by the insured.
The respective physician/surgeon should do the same on the overleaf*

Tanda Tangan dan Nama Pemegang Polis _____
Policyholder's Signature & Name

**Surat Keterangan Dokter/Ahli Bedah
CERTIFICATE OF PHYSICIAN/SURGEON**

Saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa saya telah memeriksa penyakit/luka yang diderita pasien tersebut di bawah yang pertama kali menemui saya
I do certify that I personally examined the illness/injury sustained by the patient mentioned below who first consulted me on

Dengan gejala penyakit/keluhan seperti
Detail of symptoms/complaints of illness/injury

1. a. Nama Pasien/Tertanggung <i>Insured/Patient's Name</i>	
b. Nomor Kartu Identitas Pemegang Polis <i>Policyholder's ID Number</i>	
2. a. Tanggal gejala pertama kali dirasakan <i>Date of symptoms first appear</i>	
b. Apakah pasien tersebut pernah menderita penyakit yang sama sebelumnya? <i>Has the patient suffered similiar illness before?</i>	
c. Jika ya, mohon sebut kapan dan berapa lama dirawat <i>If yes, please state when and lenght of hospitalization</i>	
d. Apabila ini kasus rujukan, mohon sebutkan nama dan alamat dokter pengirim <i>If this a referral case, please state the name and address of the referring physician</i>	
3. a. Tanggal Perawatan <i>Date of Treatment</i>	b. Tanggal Operasi <i>Date of Surgery</i>
4. Nama Rumah Sakit <i>Name of Hospital</i>	
5. a. Perawatan dilakukan dirumah sakit <i>Treatment was performed at hospital</i>	
b. Apakah pasien dirawat atas saran dokter? <i>Is the patient hospitalized upon your advice?</i>	
6. a. Jenis penyakit/diagnosa <i>Nature illness/diagnosis</i>	
b. Biaya Dokter <i>Amount of Physician Fee</i>	
c. Jenis Operasi <i>Type of Operation</i>	
d. Biaya Ahli Bedah <i>Amount of Surgeon's Fee</i>	
7. Penyebab penyakit/luka menurut pengamatan saya <i>Cause of illness/injury according to my examination</i>	

Tanggal
Date _____

Tanda Tangan Dokter
Physician's Signature

Tanda Tangan Ahli Bedah
Surgeon's Signature

Note : Hanya berlaku bila diisi, ditandatangani, dicap oleh dokter/ahli bedah ybs
Acceptable only if filled in, signed, and stamped by the attending physician/surgeon