

NOTIFICATION OF CLAIM

Note : All Section must be completed. In reference to Section "D", All Relevant Details must either be entered by Hospital Administrator or attending Physician, or the Claim must be attached to detailed and itemized invoices.

Catatan : Semua bagian harus diisi. Pada bagian "D", semua keterangan yang bersangkutan harus diisi oleh petugas Administrasi Rumah Sakit atau Dokter yang merawat, kecuali klaim itu sudah terlampir faktur-faktur yang lengkap dan terperinci.

A. PARTICULAR OF CLAIMANT/KETERANGAN PENUNTUT KLAIM

Patient's Name/*Nama Penderita*

Age / *Usia*

Sex / *Jenis Kelamin*

Address / *Alamat*

Insured's name if patient is a dependent/
Nama tertanggung (bila penderita merupakan tanggungannya)

Policy No. / *Nomor Polis*

If Group Insurance, name of Policy holder /

Bila Asuransi Gabungan, nama pemegang polis

B. AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION/HAK MEMBERIKAN KETERANGAN

I hereby authorize the undersigned physician and/or hospital administrator to release any information acquired in the course of my examination or treatment.

Dengan ini saya memberikan hak kepada dokter dan/atau petugas/pengurus rumah sakit untuk memberikan setiap keterangan yang diperlukan dalam hubungan dengan pemeriksaan atau pengobatan saya selama ini.

Date / *Tanggal*

Signed (Patient or Parent if a minor)

Tanda tangan (Penderita atau Orangnya bila dia dibawah umur)

C. ATTENDING PHYSICIAN'S REPORT / LAPORAN DOKTER YANG MERAWAT

1. a. Diagnosis of condition (s) (detailed report) / *Diagnosa dari penyakit (terperinci)*

- b. If confinement in hospital was required, state diagnosis of condition in respect of which hospitalization was required / *Terangkan mengapa sampai perlu diopname*

- c. Are any of the conditions treated due to / *Apakah gangguan kesehatan yang dirawat disebabkan karena :*
 - (1) Sickness or injury arising out of the patient's employment? If "Yes", please explain / *Sakit atau cedera yang disebabkan oleh pekerjaannya? Bila "Ya", mohon dijelaskan*

 - (2) Pregnancy? If "Yes", state approximately date of commencement of pregnancy / *Kehamilan ? Bila "Ya", terangkan perkiraan tanggal mulai kehamilan*

2. a. When did accident happen or symptoms first appear / *Bilamana kecelakaan terjadi atau tanda-tanda (symptoms-nya) pertama kali nampak ?*

- b. When did patient first consult you for this condition / *Bilamana si penderita pertama kali berkonsultasi pada Saudara untuk gangguan tersebut ?*

- c. To the best of your knowledge, has patient ever had the same or similar conditions or symptoms relating thereto? If "Yes", please explain / *Sepanjang yang Saudara ketahui, apakah penderita pernah mendapatkan gangguan atau symptom yang sama atau mirip dengan itu sehubungan dengan tersebut diatas ? Jika "Ya", mohon dijelaskan*

3. a. Name and nature of surgical or obstetrical procedure (if any). Describe fully / *Nama dan sifat daripada pembedahan atau prosedur obstetrical (bila ada).Jelaskan selengkapnya*

- b. Charge made to patient for (a) above INCLUDING POST OPERATIVE CARE / *Biaya yang dibebankan kepada penderita untuk (a) diatas, termasuk perawatan sebelum pelaksanaan pembedahan*

c. State dates of surgical or obstetrical procedures / *Terangkan tanggal pelaksanaan pembedahan atau prosedur obstetrical*

d. State dates of / *Terangkan tanggal-tanggal daripada :*
 (1) Outpatient consultations / *Konsultasi selama diluar rumah sakit*

Number consultations / *Jumlah Konsultasi*

(2) Inpatient visits to bedside / *Pemeriksaan dokter selama dikamar penderita di RS*

Number visits / *Jumlah pemeriksaan*

e. If service rendered in a hospital, state name and address of hospital / *Bila pelayanan diberikan di suatu rumah sakit, terangkan nama dan alamat dari rumah sakit*

4. Were private nurse service necessary ? If "Yes", state for how many days / *Apakah pelayanan perawat pribadi dibutuhkan ? Bila "Ya", mohon terangkan untuk berapa hari*

5. To your knowledge, does patient have any other Health Insurance or Source of Indemnity for his medical cost ? If "Yes", please identify / *Sejauh Saudara ketahui, apakah penderita mempunyai Asuransi Kesehatan atau Sumber Santunan lainnya untuk biaya-biaya perawatannya ? Bila "Ya", mohon diterangkan*

Date / *Tanggal*

Signature-Attending Physician/
Tanda tangan Dokter yang merawat

Address of Attending Physician
/ Alamat Dokter yang merawat

D. STATEMENT BY CLAIMANT (BY PARENT WHEN CLAIMANT IS A MINOR /

KETERANGAN YANG DIBERIKAN OLEH PENUNTUT (OLEH ORANG TUA BILA PENUNTU DIBAWAH UMUR)

1. If as a result of an accident / *Jika akibat dari suatu kecelakaan :*
 When did accident occur ? / *Kapankah terjadinya kecelakaan ?*

Give a brief description of circumstances / *Berikan uraian singkat kejadiannya*

Was this accident reported to any to any Government Authority ? If so, give details / *Apakah kecelakaan ini dilaporkan kepada suatu Petugas Pemerintah yang berwenang? Jika demikian, berikan keterangan*

Was another party responsible for the injury to your self ? If "Yes", give brief particulars / *Apakah pihak lain bertanggung jawab atas luka jasmaniah yang Saudara alami ? Bila "Ya", berikan penjelasan - penjelasan dengan singkat.*

2. General / *Umum*

Are you covered for the whole or any part of the above expenses by / *Apakah Saudara dipertanggungjawabkan untuk seluruh atau sebagian dari biaya pengeluaran tersebut diatas oleh :*

(1) Any Workmen's Compensation Agreement ? / *Suatu persetujuan Workmen's Compensation (Astek) ?*

(2) Any other Medical or Accident Insurance ? / *Suatu Asuransi Kecelakaan atau Medis lainnya ?*

(3) Any other Medical Benefits Scheme? / *Suatu Rancangan Jaminan Pengobatan lain?*

If "Yes" to any of the above, please state full particulars / *Bila "Ya" dan salah satu dari tersebut diatas, mohon terangkan penjelasan-penjelasan selengkapnya*

3. Declaration / *Pernyataan*

I, the undersigned, declare that the particulars stated on this form are true in every respect. I have supplied full information on all particulars relevant to this claim, and the amounts claimed herein are lawfully due to me under the terms, conditions and exceptions of the above numbered policy.

Saya, yang bertanda tangan dibawah ini, menyatakan bahwa keterangan-keterangan yang tercantum dalam formulir ini adalah benar. Saya telah memberikan keterangan yang selengkapnya atas semua hal yang berhubungan dengan klaim ini, dan jumlah uang yang dituntut didalamnya adalah secara sah berlaku ada saya sesuai dibawah persyaratan, kondisi dan pengecualian daripada Polis yang bernomor tersebut diatas.

Signature of Person Insured /
Tanda tangan Tertanggung