

FORMULIR KLAIM RAWAT INAP DAN PEMBEDAHAN INPATIENT AND SURGERY CLAIM FORM

Petunjuk Pengajuan Klaim/Guideline for Claim Submission

Formulir ini hanya berlaku untuk SATU orang pasien dan harus diisi dengan lengkap dan ditandatangani oleh Tertanggung (pasien) atau orang tua jika pasien adalah anak.
This form shall be valid for ONE patient only and must be fully completed and signed by the Insured (patient) or by his/her parents for juvenile patient.

Formulir ini harus diisi dengan jujur, lengkap, benar dan jelas.
This form should be filled-in honestly, correctly, completely and clearly.

Klaim baru dapat diteliti dan diproses lebih lanjut hanya jika semua dokumen pendukung pengajuan klaim telah diisi, dilengkapi dan dilampirkan sesuai dengan ketentuan polis PT FWD Life Indonesia (FWD Life). Dokumen pendukung pengajuan klaim meliputi: Surat Jaminan; Formulir Klaim; Kuitansi Asli beserta perinciannya dimana terdapat nama pasien, tanggal perawatan dan biaya perawatan; salinan resep obat-obatan; hasil pemeriksaan penunjang diagnostik (hasil laboratorium/radiologi/penunjang lainnya) dan histopatologi.
The claim can only be processed if all supporting documents have been filled in, completed and attached in line with the policy provisions of PT FWD Life Indonesia (FWD Life). The supporting documents shall include: Guarantee Letter; Claim Form; all Original Receipts bearing the name of the patient, date of treatment and amounts charged; detailed report of medical prescription; diagnostic result (laboratory/radiology/other diagnostic results and histopathology report).

DATA KARYAWAN/EMPLOYEE DATA

Nama Perusahaan <i>Company Name</i>	
Nomor Polis <i>Policy Number</i>	
Nama Karyawan <i>Employee's Name</i>	
Nomor Kepesertaan Karyawan <i>Employee's Membership Number</i>	
Alamat Rumah/Nomor Telepon <i>Address/Phone Number</i>	

DATA PASIEN/PATIENT DATA

Nama <i>Name</i>	
Nomor Peserta Asuransi <i>Member Number</i>	
Tanggal Lahir (tgl/bln/thn) <i>Date of Birth (DD/MM/YYYY)</i>	
Jenis Kelamin <i>Gender</i>	<input type="checkbox"/> Laki-Laki/Male <input type="checkbox"/> Perempuan/Female
Hubungan <i>Relation</i>	<input type="checkbox"/> Diri Sendiri/Oneself <input type="checkbox"/> Anak/Child <input type="checkbox"/> Istri/Wife <input type="checkbox"/> Suami/Husband

Jika ada polis asuransi lain yang menanggung atas perawatan ini, harap berikan nama perusahaan asuransi, alamat dan nomor teleponnya:
If another insurance policy covers this treatment, please state the name of the company, address, and telephone number:

Total Jumlah Klaim:
Total Amount of Claim:

PEMBERIAN KUASA POWER OF ATTORNEY

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut diatas dengan jujur, lengkap dan benar. Dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap dokter, tenaga medis, rumah sakit, klinik, puskesmas, laboratorium, perusahaan asuransi, perusahaan reasuransi, dan badan hukum, perorangan, instansi/lembaga atau organisasi lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan kesehatan saya untuk memberitahukan, memberikan informasi/data/dokumen kepada FWD Life atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan catatan riwayat kesehatan saya sehubungan dengan pertanggung jawaban dan pelayanan asuransi, serta segala hal yang berkaitan dengannya sesuai dengan kebutuhan FWD Life. Untuk pelaksanaan kuasa ini, saya/kami dengan ini melepaskan ketentuan-ketentuan dalam pasal 1813, 1814, dan 1816 Kitab Undang Undang Hukum Perdata Indonesia tentang berakhirnya kuasa. Salinan dari pernyataan ini sama kuat dan sahnya seperti aslinya.

I declare that I have read, understood and answered all the questions above honestly, completely and correctly. I hereby authorize any physician, medical personel, hospital, clinic, public health center, insurance company, reinsurance company, legal institution, personal or other organization that has any records or information on the health of the insured person to inform FWD Life or its party authorized, about any explanation on my health condition in accordance with the insurance coverage and services, and all related to it that meets the requirements of FWD Life. For the implementation of this authorization, I/we hereby waive the provisions of section 1813, 1814 and 1816 of the Indonesian Civil Code about the termination of the delegation of authority. A photocopy of this statement should be as valid and legal as the original.

Tempat & Tanggal/Place & Date: _____

Tanda Tangan, Nama Jelas Karyawan/Keluarga Karyawan
Signature, Name of Employee/Employee's Family

Untuk diisi dengan lengkap oleh dokter yang merawat atau dokter bedah untuk tindakan pembedahan
To be filled-in completely by the attending physician or the surgeon for surgical treatment

KETERANGAN DOKTER / MEDICAL RESUME

Saya menerangkan dengan sesungguhnya bahwa saya telah memeriksa penyakit/cedera yang diderita pasien tersebut di bawah ini.
I do certify that I personally examined the illness/injury sustained by the patient mentioned below.

Nama Pasien/Patient Name		Nomor Rekam Medik/Medical Record Number		
Tanggal Mulai Dirawat/Admission Date		Tanggal Pasien Keluar Perawatan/Discharge Date		
Keluhan Utama/Primary Symptoms				
Keluhan Tambahan/Other Symptoms				
Sudah berapa lama keluhan tersebut dirasakan oleh pasien?/How long has the patient suffered from this symptom/illness?				
Indikasi Rawat Inap/Indication for hospitalization				
Tujuan Perawatan/Purpose of treatment				
<input type="checkbox"/> Observasi/Observation		<input type="checkbox"/> Diagnostik/Diagnostic		<input type="checkbox"/> Terapi/Therapeutic
Pemeriksaan Fisik/Physical Examination	TD/BP:	Nadi/Pulse:	Suhu/Temperature:	RR:
Diagnosis/Diagnosis		Kode ICD X/ICD X Code		
Terapi/Therapy				
Apakah pasien pernah mendapatkan perawatan sebelumnya untuk keadaan/penyakit ini? Mohon dijelaskan. Has the patient ever been treated for this symptoms/illness? Please explain.				
Bila pasien rujukan, nama dan alamat dokter dan instansi kesehatan yang merujuk adalah: For a referred patient, please state the name and address for the referring hospital and doctor:				
Tindakan atau Operasi selama perawatan? Procedures or Surgery during treatment?				
Alasan memilih jenis tindakan di atas? Reason to choose the above procedures?				
Penyakit/kondisi di atas disebabkan atau berhubungan dengan The above illness/conditions caused by or related to				
<input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan/Congenital Diseases/Disorders	<input type="checkbox"/> Kesuburan/Fertility			
<input type="checkbox"/> Kelainan Mental/Mental Disorders	<input type="checkbox"/> Gangguan Hormonal/Hormonal Imbalance			
<input type="checkbox"/> Kecelakaan/Accident	<input type="checkbox"/> Kosmetik atau Estetika/Cosmetics or Aesthetics			
<input type="checkbox"/> Penyakit Hubungan Seksual/Sexually Transmitted Diseases	<input type="checkbox"/> Lainnya/Others			
<input type="checkbox"/> Gigi & Komplikasinya/Dental & Complications				
<input type="checkbox"/> Kehamilan/Pregnancy, Tanggal HPHT/The first date of last period:				
Prognosis/Prognose				
Pasien pulang dalam keadaan/Patient's condition when discharged				
<input type="checkbox"/> Sembuh/Recovered	<input type="checkbox"/> Meninggal/Dead	<input type="checkbox"/> Lainnya/Other: _____		
Saya menyatakan bahwa seluruh informasi di atas adalah benar dan lengkap berdasarkan ilmu pengetahuan yang saya miliki dan keyakinan saya. I declare that the information above is true and complete to the best of my knowledge and belief.				
Tempat & Tanggal/Place & Date : _____				
Nama Jelas dan Tanda Tangan Dokter Name and Signature of Physician			Nama dan Stempel Rumah Sakit Name and Stamp of the Hospital	