

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		DATA PASIEN/PATIENT DATA	
Nama Perusahaan Company Name		Nama Name	
Nomor Polis Policy Number		Nomor Peserta Asuransi Member Number	
Nama Karyawan Employee's Name		Tanggal Lahir (tgl/bln/thn) Date of Birth (DD/MM/YYYY)	
Nomor Kepesertaan Karyawan Employee's Membership Number		Jenis Kelamin Gender	<input type="checkbox"/> Laki-Laki/Male <input type="checkbox"/> Perempuan/Female
Alamat Rumah/Nomor Telepon Address/Phone Number		Hubungan Relation	<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 di atas dengan jujur, lengkap dan benar. Dengan ini saya memberikan kuasa kepada PT FWD Life Indonesia untuk memberitahukan dan memberikan segala informasi/data/dokumen medis saya sehubungan dengan pertanggungans asuransi, klaim dan/atau pelayanan asuransi sebagaimana dimaksud dalam formulir ini kepada Pemegang Polis/Perusahaan tempat saya bekerja dan/atau kepada pihak-pihak lain yang ditentukan oleh peraturan perundang-undangan yang berlaku.

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 sahnyanya seperti aslinya.

I declare that I have read, understood and answered all the questions above honestly, completely and correctly. I hereby authorize PT FWD Life Indonesia to inform and provide my medical history related to the insurance coverage and/or services to the Policyholder/company where I work and/or its authorized parties determined by applicable laws and regulations. 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 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

Petunjuk Pengajuan Klaim/Guideline for Claim Submission

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/Diagnosys		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 diatas 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