

FORMULIR PELAYANAN MEDIS / MEDICAL SERVICES FORM

Jenis Klaim (beri tanda "X") / Claim type (please give "X" remarks):

- Rawat Jalan / Outpatient Gigi / Dental Kacamata / Optical
 Rawat Inap & Pembedahan / Inpatient & Surgical Kehamilan, Persalinan dan Masa Nifas / Pregnancy, Delivery and Post Natal Kecelakaan / Accidental

DATA KARYAWAN / EMPLOYEE'S DATA

Perusahaan <i>Company</i>	Nama <i>Name</i>
Divisi/Cabang <i>Division/Branch</i>	No. Induk Karyawan <i>Employee ID No</i>
Kota <i>City</i>	Jenis kelamin (beri tanda "X" remarks) <input type="checkbox"/> Laki-laki / Male Gender (please give "X" remarks) <input type="checkbox"/> Perempuan / Female
Posisi/Jabatan <i>Position/Title</i>	No. Asuransi <i>Insurance's No</i>

DATA PASIEN / PATIENT'S DATA

Nama Pasien <i>Patient's Name</i>	Jenis kelamin (beri tanda "X") <input type="checkbox"/> Laki-laki / Male Gender (please give "X" remarks) <input type="checkbox"/> Perempuan / Female
Tanggal lahir <i>Date of Birth</i>	Hubungan dg Karyawan (beri tanda "X") <input type="checkbox"/> Diri sendiri / Self (Employee) Relation with the Employee (please give "X" remarks) <input type="checkbox"/> Pasangan / Spouse <input type="checkbox"/> Anak / Child
No. Asuransi Pasien <i>Patient's Insurance No</i>	Jumlah Nominal Klaim <i>Claim Amount</i>

Untuk klaim kecelakaan, mohon menuliskan kronologi & tanggal kecelakaan

For accidental claims, please give details of chronology including date of the accident

Apakah Pasien Diasuransikan di Tempat Lain? (beri tanda "X") <i>Is Patient insured by Other Insurer? (please give "X" remarks)</i>	<input type="checkbox"/> YA / YES	<input type="checkbox"/> TIDAK / NO
Nama Perusahaan Asuransi Lain <i>Name of Other Insurer</i>		
Nomor Polis <i>Policy Number</i>		

- Bersama ini, Saya memberi kuasa kepada :
 - Dokter, Rumah Sakit/Klinik, Perusahaan Asuransi, Perusahaan Reasuransi, Bank, Lembaga Keuangan atau organisasi lain atau pihak lain yang memiliki catatan riwayat kesehatan dan keterangan lainnya atau istilah cara yang sejenis mengenai diri saya dan/atau pasien untuk diungkapkan kepada Great Eastern Life atas semua catatan riwayat kesehatan dan segala keterangan lainnya, baik pada saat masih hidup atau telah meninggal dalam rangka pengajuan klaim dan proses klaim sesuai dengan ketentuan polis yang berlaku.
 - Great Eastern Life untuk mendapatkan segala keterangan dan/atau catatan medis dari Dokter, Rumah Sakit/Klinik maupun institusi pelayanan medis lainnya dan/atau pihak lain sehubungan dengan diagnosis dan/atau pelayanan medis yang diberikan kepada Saya atau Keluarga Saya yang menjadi tertanggung, yang akan digunakan untuk memproses klaim sesuai dengan ketentuan Polis yang berlaku.
- Saya menyetujui bahwa biaya yang timbul sehubungan dengan pelayanan kesehatan yang terjadi akan diperhitungkan kemudian hari oleh Great Eastern Life sesuai dengan ketentuan Polis dan bersedia membayar kepada Great Eastern Life, semua biaya-biaya yang tidak dipertanggungjawabkan dalam ketentuan Polis.
- Saya menyatakan bahwa semua keterangan yang tercantum dalam pernyataan ini benar dan tepat dan dibuat tanpa paksaan dari pihak manapun.

- Herewith I authorize :
 - Doctors, Hospitals/Clinics, Insurance Company, Reinsurance Company, Bank, Financial Institution or other organization or other party who have my medical records and other information to be disclosed when still alive or passed away for claims process in accordance with the policy contract.
 - Great Eastern Life to obtain any information and/or medical records from Doctors, Hospitals/Clinics and other medical institutions and or other parties in accordance with the diagnose and/or medical services provided to me or my family as the insured, which will be used to process claims with the applicable policy.
- I agree that the costs incurred due to health service occurred, will be adjudicated later by Great Eastern Life in accordance with the provisions of the policy and for all costs which are not covered under the Policy will be paid by me to Great Eastern Life.
- I declare that all information contained in this statement is true and correct and is made without pressure from any party.

Tempat & Tanggal <i>Place & Date</i>	Karyawan <i>Employee</i>
	Tanda tangan / Signature

FORMULIR PERNYATAAN DOKTER / ATTENDING PHYSICIAN STATEMENT

Diisi Oleh Dokter (Atau Bidan Pada Persalinan) / Completed By Doctor (Or Midwife Who Helps Delivery)

Nama Dokter <i>Doctor's Name</i>	Nama RS / Klinik <i>Hospital / Clinic's Name</i>
Alamat RS / Klinik <i>Hospital's / Clinic's Address</i>	

Bila Rawat Jalan / If Outpatient

Tgl Pelayanan <i>Visiting Date</i>
Anamnesa <i>Anamnesis</i>
Diagnosa <i>Diagnose</i>
Terapi <i>Therapy</i>

Bila Rawat Inap / If Inpatient

Tgl Mulai Perawatan <i>Admission Date</i>	Tgl Keluar <i>Discharge Date</i>	Lamanya Perawatan <i>Length of Treatment</i> hari/days
Nama & Alamat Dokter yang Merujuk (bila ada) <i>Name & Address Reference Doctor (if any)</i>		
Diagnosa <i>Diagnose</i>		
Kapan pertama kali Diagnosis ditegakkan ? <i>Date of Firstly Diagnosed ?</i>		
Hasil pemeriksaan Lab & Radiologi <i>Result of Laboratories and Radiology</i>		
Indikasi Rawat Inap <i>Reason of Confinement</i>		
Tindakan atau Operasi <i>Treatment or Surgery</i>		

Bila Berhubungan dengan Kehamilan atau Persalinan / If related to Pregnancy or Delivering Baby

Kondisi Saat Ini / Current Record	
Usia Kehamilan Saat ini <i>Term of Present Pregnancy</i> minggu / weeks
HPHT <i>The first Day of Last Menarche</i>	
Tanggal Pertama Kali Pemeriksaan Kehamilan <i>The first date of visit</i>	
Diagnosa <i>Diagnose</i>	G P A
Bila persalinan dilakukan secara caesar, mohon uraikan indikasi medisnya <i>If it is caesarean, please explain the medical indication</i>	
Komplikasi Kehamilan / Persalinan (bila ada) <i>Pregnancy or Delivery Complication (if any)</i>	

Informasi Tambahan terkait dengan Diagnosis, apakah berhubungan dengan hal berikut ? (beri tanda "X")

Additional information related to Diagnose, is it related to the followings ? (please give "X" remarks)

- | | |
|--|--|
| Kelainan bawaan sejak lahir / <i>Congenital Disorder</i> | Penyakit Kejiwaan / <i>Mental Disorder</i> |
| Kelainan Tumbuh Kembang / <i>Developmental Disorder (Failure to thrive)</i> | Penyakit Seksual / <i>Sexually Transmitted Disease</i> |
| Penggunaan Obat-obatan terlarang atau alcohol / <i>Alcohol or Drug Abuse</i> | Kesuburan / <i>Fertility</i> |
| Kehamilan / <i>Pregnancy</i> | Komplikasi Kehamilan / <i>Pregnancy Complication</i> |
| Komplikasi persalinan / <i>Delivery Complication</i> | Kosmetik / <i>Cosmetic Treatment</i> |

Saya sebagai dokter yang merawat Pasien atau dokter/bidan yang memeriksa kehamilan/membantu persalinan tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar.
I, as a doctor/midwife who treats the Patient or doctor/widwife who does pre natal care/helps delivery, certify that I have read and answered the above question completely and correctly.

Tempat & Tanggal <i>Place & Date</i>	Tandatangan / Signature Dokter atau Bidan / <i>Doctor or Midwife</i>	Cap Rumah Sakit/Klinik <i>Hospital/Clinic Stamp</i>
---	---	--