

## FORMULIR KLAIM PERAWATAN RUMAH SAKIT DAN PEMBEDAHAN ASURANSI KUMPULAN/ GROUP HOSPITALIZATION AND SURGICAL INSURANCE CLAIM

**PETUNJUK PENGAJUAN KLAIM / GUIDELINE OF CLAIM SUBMISSION**

- Formulir ini harus diisi dengan benar, lengkap dan jelas. Klaim hanya dapat diproses bila semua dokumen telah dilengkapi/ *This Form should be filled in correctly, completely and clearly. Claim is only going to be processed if all supporting documents are attached*
- Semua kuitansi asli, perincian perawatan, copy resep dan pemeriksaan penunjang lainnya harap dilampirkan/ *For the purpose of medical claim, all original receipts, details of treatment, copy of medicine prescription and other supporting examinations should be attached*

**BAGIAN A. KETERANGAN TERTANGUNG/INFORMATION OF INSURED( diisi oleh peserta yang meng-klaim/ filled in by claimant)**

Pemegang Polis/ : ..... <i>Policy holder</i>	Nomor Polis/ : ..... <i>Policy Number</i>
Nama Karyawan/ : ..... <i>Employee's Name</i> Jabatan/ : ..... <i>Position</i> Tanggal Lahir : ..... <i>Date of Birth</i> Nomor Sertifikat/ : ..... <i>Certificate number</i>	<i>Diisi bila pasien adalah keluarga karyawan:</i> <i>Filled in if patient is employee's family member</i> Nama Pasien/ : ..... <i>Patient's Name</i> Tanggal Lahir : ..... <i>Date of Birth</i> Nomor Sertifikat/ : ..... <i>Certificate number</i>

Apakah ini merupakan dokumen susulan?  Ya  Tidak  
*Is document considered as supplement of previous claim? Yes No*

Apakah klaim ini juga diajukan kepada Asuransi Individu PT. A.J. Manulife Indonesia/ perusahaan asuransi lain? *Is this claim also submitted to individual insurance Manulife Indonesia/other insurance company?*  
 Ya/Yes  Tidak/No

Nama Perusahaan Asuransi/*Name of insurer* : .....  
 Alamat lengkap/ *Full address* : .....  
 No Polis / *Policy number* : .....

Telah dirawat di Rumah Sakit oleh karena :  Kecelakaan/ *Accident*  sakit/ *illness*  
*Has been admitted to hospital due to*

Berikan gambaran secara singkat dan jelas mengenai kejadian/gejala beserta waktu/tanggalnya.  
*Please describe shortly & clearly about the symptoms/event including the date (day-month-year)*

Apakah sebelum perawatan ini Anda pernah menderita penyakit yang sama? *Have you ever had this sickness prior to this treatment?*

- Tidak / *No*  
 Ya, sebutkan nama dokter : .....  
*Yes, doctor's name*  
 Alamat lengkap/ : .....  
*Full address*  
 Tanggal berobat/ : .....  
*Date of visit*

Jika pasien ( anda ) adalah karyawan, kapan ( tanggal-bulan-tahun ) anda terakhir kali masuk kerja? *If the patient is employee, When was your last day at work ( day-month-year )* .....

Bila pengajuan klaim ini disetujui, maka pembayaran klaim akan dilakukan sesuai data no rekening yang sudah diberikan oleh pemegang polis. Bila ada perubahan, mohon diberikan lampirannya yang ditandatangani oleh pemegang polis./ *If the claim is approved, the claim payment will be done based on account number that has already given by policy holder, If there are any changes, please give us the correction which was signed by policy holder*

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar, dan dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, perusahaan asuransi, badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan kesehatan pasien untuk memberitahukan kepada Manulife Indonesia atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan pasien. Copy dari pernyataan ini sama kuatnya dan sah seperti aslinya./ *I declare that I have read, understood and answered all the questions above completely and correctly. I hereby authorize any physician, clinic, hospital, public health center, insurance company, legal institution, personal or other organizations that has any records or information on the health of participant to inform PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia or its authorized, any explanation about my health-condition. A photographic copy of this statement, should be as valid and legal as the original.*

Ditandatangani di/ *Sign in* ..... tanggal/dated.....

Dibuat oleh,/ *Made by*

(tanda tangan, nama jelas & stempel Perusahaan)  
*(signature, name, stamp of company)*

Jabatan/Position :

(tanda tangan, nama jelas karyawan/keluarga karyawan)  
*(signature, name of employee)*

Karyawan / Keluarga Karyawan

BAGIAN B. KETERANGAN DOKTER / MEDICAL RESUME (Diisi oleh dokter yang merawat/Filled in by doctor-in –charge)

<p>Nama pasien/<i>Patient's Name</i>: .....</p> <p>Apakah pasiendirawat inap?/<i>Did patient hospitalize?</i></p> <p><input type="radio"/> Ya. Indikasi rawat inap/<i>Yes, Indication of hospitalization</i></p> <p>.....</p> <p><input type="radio"/> Tidak/<i>No</i></p> <p>Jika pasien tidak dirawat, apakah pasien mendapatkan perawatan di ruang gawat darurat? <i>If the patient is not hospitalized, did patient have emergency treatment?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Tidak/<i>No</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ya/<i>Yes. Masuk UGD, pukul/Admitted to ER, time.</i></p> <p>.....</p> <p><i>Keluar UGD, pukul/Discharged from ER,time.....</i></p> <p>.....</p> <p><i>Tindakan yang dilakukan/Actions that done.....</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Tanggal perawatan/<i>Date of hospitalization</i>: .....</p> <p>Gejala pada saat masuk RS/<i>Symptoms upon hospitalization</i> :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Tanggal gejala pertama kali diketahui</p> <p><i>Date of first symptom was first acknowledged:.....</i></p> <p>.....</p> <p>Pasien pertama kali berobat untuk penyakit tersebut/<i>First medical treatment related to the illness:</i></p> <p>Tanggal/<i>Date</i> :.....</p> <p>Nama dokter/<i>Doctor's Name</i>:.....</p> <p>Alamat Lengkap/<i>Full address</i>:.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--	---

Penyakit ini terjadi karena/tergolong:  Kecelakaan/*accident*     pekerjaan pasien/*patient's job*     kehamilan/*pregnancy*

*This illness is due to categorized as*  Kongenital/*congenital*     kejiwaan/*psychiatric*     lain-lain/*other* (.....)

Jenis serta hasil pemeriksaan fisik , lab, rontgen, CT scan, hasil PA dll yg dilakukan/ *Physical examination result, (lab, X-ray, CT scan,Clinical Pathology Result, etc):* .....

.....

.....

Diagnosa/*Diagnose* :.....

Obat-obat yang diberikan/*Treatment* :.....

Operasi/*Operation* :.....

Jika dirawat oleh lebih dari 1 ( satu dokter ), sebutkan nama dokter dan spesialisasinya/ *If the patient was taken care by more than 1 (one) doctor, please state the name and the specialization of the doctor:*

.....

.....

.....

Apakah pasien pernah konsultasi / dirawat sebelumnya?     Ya /*Yes*     Tidak/*No*    Bila "YA" , jawab pertanyaan a, b, c & d

*Has the patient ever been consulted/hospitalized before?.*    *If "YES", please answer a, b, c & d*

a. Tanggal / *Date* :.....

b. Diagnosis / *Diagnose* :.....

c. Nama Dokter / *Name of Doctor* :.....

d. Nama Rumah sakit / *Name of Hospital* :.....

Saya, sebagai dokter yang merawat pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar / *I, as a doctor who treat the patient, certify that I have read and answered the above questions completely and correctly*

Nama Dokter / *Name of Doctor* : .....

Nama Rumah Sakit / *Name of Hospital* : .....

Alamat Rumah Sakit / *Address of Hospital* : .....

---

Tempat & Tanggal  
*Place & Date*
Tandatangan & Nama Dokter  
*Signature & Name of Doctor*
Cap Rumah Sakit  
*Stamp of Hospital*