



FORMULIR KLAIM DANATRA MEDIKA

(Diisi oleh Keluarga)

DATA PASIEN

1. Nama Tertanggung	<input type="text"/>	2. Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P
3. Tempat/Tgl. Lahir	<input type="text"/>	4. Umur	<input type="text"/>
5. Alamat	<input type="text"/> <input type="text"/>		
6. No. KTP/SIM/Paspor	<input type="text"/>	7. Telp. Kantor & Rumah	<input type="text"/>
8. No. Polis	<input type="text"/>	9. Hub. Dg. Tertanggung Utama	<input type="text"/>
10. Pekerjaan/Jabatan	<input type="text"/>		

(Jelaskan secara rinci)

11. Dirawat di Rumah Sakit karena :

a. Sakit (jelaskan tanggal/hari dari gejala pertama) :

.....

.....

.....

b. Kecelakaan (jelaskan kapan, tempat kejadian dan bagaimana terjadinya) :

.....

.....

.....

c. Kehamilan (termasuk komplikasinya, keguguran, abortus, dll) :

.....

.....

.....

.....

12. Jelaskan secara mendetail gejala sakit penyakit dan apa diagnosanya :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

13a. Tanggal Masuk Rumah Sakit b. Tanggal Keluar Rumah Sakit

c. Nama/Alamat Rumah Sakit

d. Nama Dokter yang merawat

e. Periode perawatan di Rumah Sakit

Tanggal	Sampai Tanggal
---------	----------------

f. Apakah ada pemeriksaan lanjutan (Follow up) setelah masa perawatan ini?
Jika "YA" berikan penjelasan kapan dan ke dokter mana Anda akan kontrol.
.....
.....
.....

14. Tuliskan Nama/Alamat/Jenis Keahlian dari Dokter yang Anda kunjungi sebelum Anda dirawat di Rumah Sakit?
.....
.....
.....

15. Tuliskan Nama dan Alamat dari Dokter Pribadi Anda/Rumah Sakit tempat Anda berobat/konsultasi (3 tahun terakhir ini)?
.....
.....
.....

16. Apakah Anda mempunyai Polis Asuransi Kesehatan lainnya selain pada PT Commonwealth Life?
Jika "YA" sebutkan Nama Perusahaannya, jumlah Uang Klaim yang harus dibayar oleh Perusahaan itu dan No. Polisnya.
.....
.....
.....
.....

Saya menyatakan bahwa Saya telah membaca dan menjawab pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan benar. Selanjutnya dengan ini Saya memberi kuasa kepada Dokter atau Rumah Sakit, Klinik, Perusahaan Asuransi atau Perusahaan/Badan/Lembaga atau Orang Lain yang mempunyai catatan atas Kesehatan Saya untuk memberikan keterangan kepada PT Commonwealth Life atau wakil-wakilnya, setiap dan semua keterangan tentang Saya berkenaan dengan kesehatan dan riwayat medis/kesehatan Saya dan setiap perawatan Rumah Sakit, nasehat perawatan dan seluruh penyakit yang diderita.
Salinan fotocopy dari Surat Kuasa ini dan kekuatannya sama dengan dokumen aslinya.

..... Tgl. Bulan Tahun

Meterai
Rp.10.000,-

Tanda Tangan Pemilik Polis

Tanda Tangan Tertanggung



FORMULIR KLAIM DANATRA MEDIKA

(Diisi oleh Dokter)

DATA PASIEN / PATIENT DETAILS

1. Nama Lengkap Pasien
Name

2. Jenis Kelamin
Sex

 L P
M F

3. Tempat/Tgl. Lahir
Place / Date of Birth

4. Umur
Age

5. Alamat
Address

6. Riwayat Penyakit Sekarang / Current Medical Details

a. Tgl. Masuk Rumah Sakit
Date(s) Admitted

b. Tgl. Konsultasi pertama kali dengan Anda
Date of first Consultation with you

c. Tgl. Keluar Rumah Sakit
Date(s) Discharged

d. Keluhan Utama (lamanya, tuliskan tanggal/bulan/tahun jika mungkin)
Major Complaint (duration, give date / month / year if possible)

.....

.....

.....

e. Riwayat perjalanan penyakit
History of illness

.....

.....

.....

f. Diagnosis Penyakit dan Terapi/Pengobatan yang diberikan selama masa perawatan.
Diagnosis and Therapy/Treatment given.

.....

.....

.....

g. Apakah ada kemungkinan untuk kambuh?
Will patient fully recover?

.....

.....

h. Jika Pasien dirujuk/pernah berobat ke Dokter/RS lain (sebelum dirawat dengan Anda),
mohon tuliskan Nama dan Alamat Dokter/RS tersebut

If the Patient was referred to you or had seen another Doctor/Hospital prior, please give name and address of Doctor/Hospital

.....

.....

.....

7. Riwayat Penyakit Dahulu / Previous Medical History

- a. Apakah Pasien sebelumnya pernah menderita penyakit/kelainan yang sama? Jika "YA" mohon berikan penjelasan mengenai :

Has the patient been treated for the same illness previously? If "Yes" please state :

Kapan (Tgl/Thn pertama kali di diagnosa penyakit tersebut)

Date when such illness / disease was first diagnosed

.....
Nama dan Alamat Dokter yang mengobati pertama kali

Name and address of attending Doctor

- b. Jika pernah dirawat di Rumah Sakit karena penyakit ini, mohon sebutkan :

Has the patient been admitted to any hospital previously for this illness? If "Yes" please provide details :

Nama dan Alamat Dokter / Rumah Sakit tersebut

Name and address of Doctor / Hospital

.....
Kapan dan berapa lama?

When and for how long

8. Informasi Lain / Others

- a. Apakah kondisi kesehatan Pasien saat ini berhubungan dengan Alkohol, Ketergantungan Obat, Penyakit Kelamin, Depresi, Kelainan Mental/Jiwa, Kehamilan, Keguguran, Kelahiran dan atau Komplikasinya.

Is the condition suffered by the patient in any way related to Alcoholism, Drug Addiction, Venereal Disease, Depression, Mental or Functional Disorder, Pregnancy, Miscarriage, Childbirth or their Sequelae?

- b. Jika Pasien dirawat karena luka/kecelakaan, berikan penjelasan mengenai keadaan dan jenis luka, dimana dan kapan terjadinya kejadian tersebut, dan apakah pada saat itu Pasien berada dibawah pengaruh Alkohol.

If hospitalised due to an accident, please provide details on the nature and extent of injuries sustained and where and how the accident occurred and whether the patient was under the influence of alcohol at the time of the accident.

- c. Mohon berikan informasi tambahan lain yang dapat membantu dalam pembayaran klaim kami ini:

Please provide us with any other additional information which will enable the company to assess this claim

Mohon lampirkan fotocopy (yang dilegalisir oleh pihak RS) hasil pemeriksaan Laboratorium, X-Ray, Histopathology, hasil Operasi, dan hasil pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat membantu kami sebagai Dokter Perusahaan PT Commonwealth Life untuk melakukan penilaian didalam proses pembayaran klaim kami ini.

Please attached a photocopy (which is authorised by the hospital) Laboratory result, X-Ray, Histopathology, Surgery result and other supporting evidence that will enable us as the Doctor for PT Commonwealth Life to assess this claim.

..... Tgl. Bulan Tahun

Date Month Year

.....
Dokter yang merawat
Attending Doctor

Dokumen ini bersifat rahasia.

Setelah diisi lengkap, harap disampaikan dengan amplop tertutup

Confidential. Please deliver in a sealed envelope