Hanwha Life

FORMULIR KLAIM RAWAT INAP DAN TINDAKAN BEDAH *(HOSPITAL & SURGICAL CLAIM FORM)*

(Diisi oleh Pemegang Polis / Tertanggung) *(To be filled in completely by the Policy Holder / Insured)*
Formulir ini harus diisi dengan lengkap, benar dan jelas. Klaim hanya dapat diproses bila semua dokumen telah dilengkapi. *(This Form should be filled in correctly, completely and clearly. Claim can only be processed subject to all supporting documents have been filled in, completed and attached.)*

Data Pemegang Polis *(Policy Holder Details)*

1. Nama Pemegang Polis *(Policy Holder Name)* : _____
2. No Polis/Sertifikat *(Policy Number)* : _____
3. No Telpon/HP/ Email/Faksimili *(Phone Number / Fax Number/Email)* : _____
4. Alamat *(Full Address)* : _____
5. Jenis Kelamin *(Sex)* : ☐ Pria *(Male)* ☐ Wanita *(Female)*

Data Pasien *(Patient Details)*

1. Nama Pasien *(Name of the Patient)* : _____
2. Tempat, Tanggal lahir, Usia *(Place/Date of Birth/Age)* : _____
3. Alamat *(Full Addres)* : _____
4. Periode perawatan sejak (tgl/bln/thn) *(Date of Hospitalization)* : ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ s/d ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
   (tgl/bln/thn) *(dd/mm/yyyy)* to (tgl/bln/thn) *(dd/mm/yyyy)*
5. Nama dan alamat RS *(Name and address of Hospital)* : _____
6. Nama Dokter dan SIP Dokter *(Doctor Name & Doctor SIP)* : _____
7. No Kartu Pasien/No. Rekam Medis *(Patient Card & Medical Records Number)* : _____

Jika Rawat inap karena penyakit *(If Hospitalized For Disease)*

1. Sebutkan keluhan dan gejala yang timbul *(Mention the complaints and symptoms that arise)* : _____
2. Sejak kapan keluhan timbul *(The date of symptoms occured)* : _____
3. Nama diagnosa penyakit *(Diagnosis of disease)* : _____

Jika Rawat Inap karena kecelakaan *(If Hospitalized because of an accident)*

1. Tempat dan tanggal kecelakaan *(Place and date of accident)* : _____
2. Keadaan luka secara terperinci *(detailed wound conditions)* : _____
3. Kronologis kecelakaan *(chronology of the accident)* : _____

Jika Rawat inap dilakukan pembedahan *(If Hospitalized because of Surgery)*

1. Nama tindakan pembedahan *(The name of the surgery)* : _____
2. Nama diagnosa penyakit *(Diagnose of the disease)* : _____

Polis yang dimiliki di perusahaan lain *(Policies Owned at Other Insurance Companies)*

1. Sebutkan jenis polis dan nama Perusahaan asuransi *(Please mention all policies owned, if any)* : _____

Apabila klaim disetujui maka pembayaran ke Pemegang Polis *(If the claim is approved the payment will be transferred to Policyholder)*

1. Nama lengkap *(Full Name)* : _____
2. Nama Bank dan Cabang *(Bank and Branch Name)* : _____
3. No rekening *(Account Number)* : _____
4. Alamat Bank *(Bank address)* : _____

Pengajuan klaim ini harus dilengkapi dengan Surat Keterangan Dokter dan Surat Kuasa Pemberian Rekam Medis.
(Submission of this claim must be completed with a Medical Certificate form for hospitalization claim and Power Attorney to Disclose Medical Record.)

PT. Hanwha Life Insurance Indonesia
World Trade Center Building 1, 12th Floor | Jl . Jend. Sudirman Kav. 29 - Jakarta 12920
Telp. : 021-50816100 | Fax : 021-50816111 | care@hanwhalife.co.id | www.hanwhalife.co.id

PERNYATAAN PENGAJU KLAIM
(STATEMENT OF CLAIMANT)

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan pertanyaan tersebut diatas dengan benar dan lengkap.
(I/We have read, understood and answered all the questions in this claim form completely and correctly.)

Tanggal Penandatanganan *(signature date)* : _____/_____/_____

Tanda Tangan dan Nama Jelas Pemegang Polis
(Signature & Policy Holder Name)

Tanda Tangan dan Nama Jelas Tertanggung
(Signature & Insured Name)

PT. Hanwha Life Insurance Indonesia
World Trade Center Building 1, 12th Floor | Jl . Jend. Sudirman Kav. 29 - Jakarta 12920
Telp. : 021-50816100 | Fax : 021-50816111 | care@hanwhalife.co.id | www.hanwhalife.co.id

Hanwha Life

SURAT KETERANGAN DOKTER *(ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT)*

(Di isi oleh Dokter yang Merawat) *(To be filled in completely by the attending physician)*

Data Pasien *(Patient Details)*

Nama Pasien *(Name of the Patient)* : _____

No Rekam Medis *(No Medical Records)* : _____

Tanggal lahir *(Date of Birth)* : _____

Alamat *(Full Address)* : _____

Jenis Kelamin *(Sex)* : ☐ Pria *(Male)* ☐ Wanita *(Female)*

Dirawat sejak tanggal *(Date of Hospitalization)* : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Riwayat Penyakit *(History of Disease)*

1. Apa keluhan pasien dan sejak kapan timbul (tgl/bln/thn)? *(What is the patient's sign or symptom and since when did it arise (dd/mm/yyyy))?* :

2. Hasil pemeriksaan Fisik? *(What is Physical examination results)?* :

   a. Tensi *(Tension)* : _____ b. Nadi *(Pulse)* : _____ c. Suhu *(Temperature)* : _____ d. Pernapasan *(Respiration)* : _____ e. Kesadaran *(Awareness)* : _____

3. Apakah indikasi dilakukannya rawat inap? *(What is the indication for hospitalization)?* :

4. Apakah pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien ini (mohon dilampirkan hasilnya)? *(What is the results of supporting examinations were carried out on this patient such as radiological, laboratory results etc (please attach the results)?* :

5. Bila pasien mengalami kecelakaan, bagaimana kronologis kecelakaan dan kapan terjadinya (tgl/bln/thn)? *(If the patient had an accident, what is the chronology of the accident and when did it occur (dd/mm/yy))?* :

6. Diagnosa apa yang ditegakkan pada pasien ini? *(What was final diagnose for the patient)?* :

7. Sejak kapan diagnosa tersebut ditegakkan (tgl/bln/thn)? *(Since when was the diagnosis made (dd/mm/yyyy))* : _____

8. Mohon jelaskan factor resiko, penyebab maupun penyakit lain yang mempermudah timbulnya penyakit ini termasuk saat terjadinya (tgl/bln/thn)
   (Please describe risk factors, cause of the disease, or other deseases which could precipitate/causethis particular disease include the date of first occurance(dd/mm/yyyy))? :

9. Mohon penjelasan tindakan medis, pengobatan dan saran apa saja yang telah diberikan dan tujuannya? *(Please describe any medication or suggestions given to the patient and the purpose of such medications/suggestion)* :

10. Mohon penjelasan tindakan atau pembedahan yang dilakukan selama perawatan? *(Please describe procedure or surgical performed during hospitalization)* :

11. Pada hari perawatan keberapa pasien diperbolehkan pulang? *(On what days of treatment is the patient allowed to go home?)* :

	YA *(YES)*	TIDAK *(NO)*	mohon jelaskan *(please explain)*
12. Apakah perawatan ini atas permintaan pasien? *(Is this treatment at the request of the patient?)*	☐	☐	_____
13. Apakah diagnosa diatas ada hubungannya dengan infertilitas? *(Is the diagnosis above related to infertility?)*	☐	☐	_____
14. Apakah diagnosa diatas ada hubungannya dengan kehamilan? *(Is the diagnosis above related to pregnancy?)*	☐	☐	_____
15. Apakah diagnosa diatas ada hubungannya dengan kejiwaan/psikosomatis? *(Is the diagnosis above related tomental disorderor psychosomatic?)*	☐	☐	_____
16. Apakah diagnosa diatas ada hubungannya dengan penyakit bawaan/kongenital? *(Is the diagnosis above related to congenital deformities or anomalies and hereditary diseases?)*	☐	☐	_____
17. Apakah diagnosa diatas merupakan penyakit kronis atau episode berulang? *(Is the diagnosis above related to repeated episode or chronic episodes?)*	☐	☐	_____

Jika YA, diderita sejak ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
(If YES, suffered since)

PT. Hanwha Life Insurance Indonesia
World Trade Center Building 1, 12th Floor | Jl . Jend. Sudirman Kav. 29 - Jakarta 12920
Telp. : 021-50816100 | Fax : 021-50816111 | care@hanwhalife.co.id | www.hanwhalife.co.id

PERNYATAAN DOKTER *(DOCTOR'S STATEMENT)*

Saya, sebagai dokter yang merawat pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar sesuai pengetahuan yang saya miliki dan yakini.
(I, as a doctor who treat the patient, hereby declare that the foregoing answers are complete and correct to the best of my knowledge and belief)

Nama Dokter *(Name of Doctor)* : _____

Alamat Dokter / RS *(Address of Doctor/Hospital)* : _____

Spesialisasi *(Specialist)* : _____

No. Telepon/HP *(Phone Number)* : _____

No. SIP Dokter *(Doctor's SIP)* : _____

Tempat dan tanggal *(Place and Date)*	Tanda Tangan Dokter *(Signature of Doctor)*	Cap Rumah Sakit *(Hospital Stamp)*
_____	_____	_____

PT. Hanwha Life Insurance Indonesia
World Trade Center Building 1, 12th Floor | Jl . Jend. Sudirman Kav. 29 - Jakarta 12920
Telp. : 021-50816100 | Fax : 021-50816111 | care@hanwhalife.co.id | www.hanwhalife.co.id