

**Kepada Yth Dokter yang merawat / mengobati**

**PENTING:** Pastikan bahwa Formulir klaim ini telah diisi dengan benar dan lengkap sesuai dengan fakta yang sebenar-benarnya.

**IMPORTANT:** Please ensure that this claim form has been filled completely and correctly based on the real fact.

**INFORMASI TERTANGGUNG / INSURED INFORMATION**

Nama Name																													
Jenis Kelamin Gender		Pria Male		Wanita Female	Tanggal Lahir Date of birth			-			-																		
No. Rekam Medis Medical Record No																													

**INFORMASI MEDIS PERAWATAN / MEDICAL TREATMENT INFORMATION**

Nama dokter yang merawat <i>Treating doctor's name</i>	<input type="text"/>
Nama rumah sakit <i>Hospital name</i>	<input type="text"/>
Tanggal perawatan <i>Treatment date</i>	<input type="text"/>
Indikasi perawatan <i>Main indication of treatment</i>	<input type="text"/>
Diagnosa <i>Diagnosis</i>	<input type="text"/>
Apakah ada pembedahan <i>Is there any surgery</i>	<input type="checkbox"/> Ya Yes <input type="checkbox"/> Tidak No
Diagnosa <i>Diagnosis</i>	<input type="text"/>
Tujuan pembedahan <i>Purpose of surgery</i>	<input type="checkbox"/> Terapi/Penyembuhan Therapeutic <input type="checkbox"/> Diagnostik Diagnostic

**INFORMASI KLAIM KEMATIAN / DEATH CLAIM INFORMATION**

Tanggal perawatan <i>Treatment date</i>	<div><div></div><div></div> - <div></div><div></div> - <div></div><div></div><div></div><div></div></div>
Penyebab meninggal <i>Cause of death</i>	<div><div></div> Sakit <i>Sickness</i></div> <div><div></div> Kecelakaan <i>Accident</i></div>
Diagnosa <i>Diagnosis</i>	
Kronologis meninggal <i>Chronology of death</i>	

**INFORMASI TAMBAHAN / ADDITIONAL INFORMATION**

Informasi tambahan terkait pengajuan klaim / Additional information related to the claim submission

Dengan ini saya menyatakan telah menjawab pertanyaan-pertanyaan di atas dengan lengkap dan benar  
I declare that I have answered all the questions above completely and correctly

Ditandatangani di:  -  -  -

Signed on:  -  -  -

Tanda Tangan dokter yang merawat / dokter penanggung jawab pasien dengan cap RS/klinik  
Treating doctor/responsible doctor sign off with hospital / clinic stamp

**Nama Jelas dokter yang merawat / dokter penanggung jawab pasien**  
*Treating doctor / responsible doctor name*