GENERALI INDONESIA
Life Insurance Company

FORMULIR KLAIM RAWAT INAP - ASURANSI KUMPULAN
INPATIENT CLAIM FORM - GROUP INSURANCE

- Semua pertanyaan pada Formulir Klaim & Surat Keterangan Dokter harus diisi dengan benar, lengkap dan jelas tanpa pembebanan kepada PT. Asuransi Jiwa Generali Indonesia. / All questions in this claim form & Attending Physician's Statement should be answered correctly, completely & clearly, without any charge to PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia.
- Kwitansi asli & perinciannya wajib dilampirkan./ Original receipt & details should be attached.
- Dokumen & Hasil-hasil pemeriksaan penunjang, wajib dilampirkan. / Documents & Supporting examinations/tests, should be attached.
- Berikan tanda silang (X) untuk jenis klaim yang diajukan./ Mark (X) for type of claim submitted.

☐ Rawat Inap / Inpatient ☐ Kecelakaan / Accident ☐ Melahirkan / Maternity ☐ Lain -lain / Others : _____

Nomor Polis / Policy Number : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Nama Pemegang Polis / Name of the Policyholder : _____

Nama Karyawan / Name of Employee : _____

Nomor Sertifikat karyawan / Number Employee Certificate : _____

Jabatan / Position : _____

Tanggal Lahir / Date of Birth : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (Tgl bln thn / dd mm yyyy)

Nama Pasien / Name of the Patient : _____

No. Sertifikat Pasien / Number of Patient Certificate : _____

Tanggal Lahir / Date of Birth : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (Tgl bln thn / dd mm yyyy)

Jenis Kelamin / Sex : ◯ Laki-Laki / Male ◯ Perempuan / Female

Hub. dgn. Karyawan / Relation with the Employee : ◯ Anak / Child ◯ Istri / Wife ◯ Suami / Husband
Diri Sendiri / Self the Insured ◯ Lain-lain / Others _____

Telah dirawat di Rumah Sakit oleh karena / Hospitalized due to : ◯ Sakit / Illness ◯ Kecelakaan / Accident ◯ Lain-lain / Others _____

Tanggal / Date : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Waktu / Time : ☐☐ : ☐☐

Berikan gambaran secara singkat & jelas mengenai gejala/kejadiannya. Apabila kolom yang disediakan tidak mencukupi, tambahkan keterangan di lembar tersendiri /Please describe shortly & clearly of symptoms/event. If the space not enough, please use another sheet.

_____

_____

_____

Apakah Pasien diasuransikan di perusahaan asuransi lain? / Is the patient insured by other insurance companies?
: ◯ Ya / Yes ◯ Tidak / No

Nama Perusahaan Asuransi / Name of Insurer : _____ Nomor Polis / Policy Number : _____

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. Saya juga memahami bahwa jawaban dan keterangan tersebut di atas menjadi dasar Pertanggungan dan tidak terpisahkan dari Polis yang diminta. Dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan atau Organisasi lainnya, yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan, untuk memberitahukan kepada PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan saya baik selama saya hidup atau telah meninggal. Copy dari Surat Kuasa ini sama kuat dan sah seperti aslinya.
I declare that I have read, understood and answered all the questions above completely and correctly. I also understand that all the answers and information above will be inseparable part of the policy I apply for. 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 me and my health whether I am still alive or dead to give them to PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia or its authorized institution. A photographic copy of this statement, should be as valid and legal as the original.

RI/KUMPULAN/03-09/1#2

PEMEGANG POLIS/ POLICY HOLDER KARYAWAN / EMPLOYEE

Tempat & Tanggal / Place & Date

Tandatangan, Nama & Cap / Signature, Name & Stamp

Tandatangan & nama / Signature & Name

PT. Asuransi Jiwa Generali Indonesia
Cyber 2 Tower 30th Fl, Jl. HR.Rasuna Said Blok X-5 No.13, Jakarta 12950
Telp : 62-21 2996 3700, Fax : 62-21 2902 1616, Email : cs@generali.co.id

SURAT KETERANGAN DOKTER / ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT

Nama pasien / Name of the Patient	_____
Apakah pasien dirawat inap? Did the patient hospitalize?	◯ Ya, indikasi rawat inap / Yes, indication of hospitalization ◯ Tidak, apakah pasien mendapat perawatan di ruang gawat darurat? No, did patient have emergency treatment? ◯ Ya / Yes - Masuk UGD, pukul / Admitted to ER, time : ☐☐ : ☐☐ - Keluar UGD, pukul / Discharge from ER, time : ☐☐ : ☐☐ - Tindakan yang dilakukan / Actions that done : _____ _____ ◯ Tidak / No
Tanggal perawatan / Date of hospitalization	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (Tgl bln thn / dd mm yyyy)
Gejala pada saat masuk RS Symptoms upon hospitalization	_____ _____
Anamnesa : Riwayat Penyakit History of the disease	_____ _____
Nama dan alamat dokter yang merujuk Name and address of referral Doctor	_____
Jenis serta hasil pemeriksaan fisik, lab, rontgen, CT scan, hasil PA dll yg dilakukan Physical ecamination result, (lab X-ray scan, Clinical Pathology Result, etc	_____ _____
Diagnosa, atau dugaan diagnosa Diagnose or Pre diagnose	_____ _____
Terapi atau Tindakan Therapy or Treatment	_____
Diagnosa di atas berhubungan dengan The diagnose above is related to	- Kelainan Bawaan Sejak Lahir / Congenital Anomaly ◯ Ya / Yes ◯ Tidak / No - Penyakit Kejiwaan / Psychology ◯ Ya / Yes ◯ Tidak / No - Kelainan Tumbuh Kembang / Development Disorder ◯ Ya / Yes ◯ Tidak / No - Kehamilan / Pregnancy ◯ Ya / Yes ◯ Tidak / No Jika "Ya", jawab pertanyaan a, b, & c / If "Yes", please answer a, b & c : a. Kapan pasien pertama kali melakukan pemeriksaan sehubungan dengan kehamilannya? Date of first medical examination regarding her pregnancy? ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (Tgl bln thn / dd mm yyyy) b. Tanggal hari pertama haid terakhir? / Date of last first day menstruation? ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (Tgl bln thn / dd mm yyyy) c. Usia Kehamilan / Duration of pregnancy ☐☐ minggu / weeks - Kecelakaan / Accident : ◯ Ya / Yes ◯ Tidak / No Jika "Ya" jawab pertanyaan a, b & c / If "Yes" please answer a, b & c : a. Apakah menimbulkan cacat / gangguan fungsi secara tetap? Caused permanent deformity/dysfunction? ◯ Ya / Yes ◯ Tidak / No b. Bila "YA" berapa persen ganggung fungsi atau cacat tetapnya if "Yes" what is the percentage of the permanent deformity/dysfunction ☐ % c. Perkiraan waktu yang dibutuhkan untuk penyembuhan ☐ Tahun / Year ☐ Bulan / Month Estimation of time for recovery
Apakah pasien pernah konsultasi / dirawat sebelumnya? Has the patient ever been consulted / hospitalized before?	◯ Ya / Yes ◯ Tidak / No Jika "Ya", jawab pertanyaan a, b, & c / If "Yes", please answer a, b & c : a. Tanggal / Date ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (Tgl bln thn / dd mm yyyy) b. Keluhan / Complaint _____ c. Diagnosa / Diagnose _____ d. Nama Dokter / Name of Doctor _____ e. 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. / /, as a doctor who treat the patient, certify that i have read and answered the above questions completely and correctly.

a. Nama Dokter / Name of Doctor : _____

b. Nama Rumah Sakit / Name of Hospital : _____

c. Alamat Rumah Sakit / Address of Hospital : _____

Tempat & Tanggal
Place & Date

Tandatangan & Nama Dokter
Signature & Name of Doctor

Cap Rumah Sakit
Stamp of Hospital

RI/KUMPULAN/03-09/2#2