

FORMULIR KLAIM RAWAT JALAN - CLAIM FORM OUTPATIENT

Formulir ini harus diisi dengan lengkap - All sections on this form must be fill in completely

DATA POLIS - POLICY DATA

No. Polis - Policy No. : _____

Pemegang Polis - Policy Holder : _____

Nama Karyawan - Employee Name : _____

Alamat - Address : _____

No. Telepon - Telephone No. : _____

Saya dengan ini memberikan kuasa kepada setiap rumah sakit atau dokter atau pihak ketiga yang telah saya datangi, untuk memberikan kepada PT FPG Insurance Indonesia (atau yang mewakilinya) dan mengizinkan PT FPG Insurance Indonesia (atau yang mewakilinya) untuk meninjau dan meminta semua informasi yang terkait dengan setiap penyakit atau kecelakaan, setiap riwayat medis, setiap konsultasi, resep-resep atau perawatan-perawatan, salinan dari semua rumah sakit atau catatan medis dan catatan dari instansi pemerintah atas laporan kecelakaan atau penyakit yang diajukan. Saya setuju bahwa salinan atas otorisasi ini dianggap sebagai efektif dan berlaku seperti aslinya.

I hereby authorize any hospital or physician or third party who has attended me to furnish to PT FPG Insurance Indonesia (or its representative) and permit PT FPG Insurance Indonesia (or its representative) to review any and all information requested with respect to any illness or accident, medical history, consultations, prescriptions, or treatments, copies of all hospital or medical records and the records of any governmental agency with which a report of any such accident or illness is lodged. I agree that a photostatic copy of this authorization shall be considered as effective and valid as the original.

Tempat & Tanggal - Place & Date

Nama & Tanda Tangan - Name & Signature

DATA MEDIS - MEDICAL DATA

Nama dan alamat dokter : _____

(Name and address of doctor) _____

Tanggal konsultasi :

--	--	--	--	--	--	--	--

 dd/mm/yyyy

(Date of consultation)

Anamnesa - Anamneses ; : _____

Riwayat penyakit : _____

(History of disease) _____

Diagnosa atau dugaan diagnosa : _____

(Final diagnosis or working diagnosis) _____

Jenis dan hasil pemeriksaan fisik : _____

lab, rontgen, CT scan, hasil PA dll _____

Physical examination result (lab, _____

X-ray, CT scan, clinical Pathology _____

Result, etc) _____

Therapy medis : _____

(Medicines therapy) _____

Saya sebagai dokter yang merawat/menangani pasien tersebut diatas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan - pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan sebenar-benarnya.

As the doctor handling the care of the above mentioned patient. I hereby state that i have read and answered the questions in this form clearly and completely.

Nama dokter - *Doctor's name* : _____

Alamat - *Address* : _____

Tempat dan tanggal : _____

(Place and date) _____

Tanda tangan dokter dan stempel : _____

rumah sakit atau dokter _____

Signature of doctor and stamp _____

of hospital or doctor _____
