

NOTICE OF CLAIM UNDER HOSPITAL & SURGICAL INSURANCE

Insured/Cardholder name Nama Tertanggung / Pemegang kartu	
Claimant's name Nama pasien	Claimant's age Umur pasien
If claimant is a dependent or spouse, please state Jika pasien adalah anak/istri/suami tertanggung, harap sebutkan	
Address/Phone Alamat/No. Telp	Occupation Jabatan/ pekerjaan

Nature of illness: if it is an accident, state time & place Nama/Jenis penyakit, jika kecelakaan, tulis waktu dan tempat
Length of hospitalization Lama perawatan di rumah sakit
Name of hospital Nama rumah sakit
Name of Doctor in attendance Nama Dokter yang merawat
Name of surgeon, if any Nama ahli bedah, jika ada
Are you covered under any other policy? If so, state name of company and type of insurance Apakah anda memiliki polis asuransi lain? Bila benar demikian, harap sebutkan nama perusahaan asuransi ybs jenis pertanggungannya

AUTHORIZATION

Hereby authorize any hospital, physician, all other person who has attended or examine me, to furnish to PT Asuransi Jiwa Sinarmas MSIG or to their representative, any and all information with respect to any sickness or injury, medical history, consultation prescription or treatment and copy of all hospital or medical records.

A photostatic copy of this authorization will be considered as effective and valid as the original.

PEMBERIAN IJIN

Bersama dengan ini memberikan ijin kepada Rumah sakit, dokter manapun, semua orang yang hadir atau memeriksa diri Saya, untuk menyediakan kepada PT. Asuransi Jiwa Sinarmas MSIG atau wakilnya semua dan seluruh informasi yang berhubungan dengan segala macam Penyakit atau cedera, riwayat kesehatan, surat keterangan atau perawatan dari dokter, atau salinan perawatan rumah sakit atau rekam medis.

Copy dari surat ijin ini akan efektif dianggap berlaku dan diakui sebagaimana aslinya.

Date _____ Tanggal
Signatereue & Name _____ Tanda tangan Dan Nama

This page is to be completely filled in by the insured.
The surgeon concerned should do the same to the overleaf.
Harap halaman ini diisi selengkap-lengkapnye oleh Tertanggung.
Hal yang sama hendaknya dilakukan oleh dokter/ahli bedah ybs. pada halaman sebaliknya

CERTIFICATE OF DOCTOR/SURGEON
Surat Keterangan Dokter/Ahli Bedah

I do certify that I personally examined the sickness/Injury sustained by the patient mentioned below who firstly came to see me on
Saya menerangkan dengan sesungguhnya bahwa saya telah memeriksa penyakit/Luka yang telah diderita pasien tersebut dibawah yang pertama kali menemui saya pada

With the detail of symptom/complaint of sickness/Injury such as
Dengan tanda-tanda penyakit/keluhan-keluhan sakit/luka seperti

1. a. Name of patient
nama pasien

b. Identity card No.
No. Kartu Identitas

2. a. Date of disability begins
Tanggal mulai diderita

b. Is the patient has suffered this kind of sickness before
Apakah pasien tsb pernah menderita penyakit yang sama sebelumnya

c. If yes, state when and how long was hospitalized
jika ya, sebut bilamana dan dimana serta berapa lama dirawat

d. Please give us name and address the referral physicians
Beritahu kami nama dan alamat dokter yang merfer pasien tsb

3. a. Date of treatment
Dirawat tanggal

b. Date of operation
Tanggal operasi

4. Surgery was performed as Hospital (name)
Operasi dilakukan dirumah sakit (nama)

5. a. Treatment was performed at hospital
Perawatan dilakukan dirumah sakit

b. Is the patient hospitalized upon your advice ?
Apakah pasien dirawat atas saran dokter?

6. a. Nature of disability/diagnose
Jenis penyakit

b. Amount of doctor's fee
Ongkos dokter

c. Type of operation
Macam operasi

d. Amount of surgeon's fee
Ongkos ahli bedah

7. Cause of sickness injury based on my examination is
Penyebab penyakit/luka menurut hasil pengamatan saya

Date
Tanggal _____

Signature of Doctor
Tanda Tangan Dokter

Signature of Surgeon
Tanda Tangan Ahli Bedah