CHUBB

Formulir Keterangan Kesehatan Klaim / *Health Declaration Claim Form*

Teman Sejawat yang terhormat,
Untuk melengkapi data klaim pelayanan kesehatan serta kelancaran proses klaim, mohon kiranya Teman Sejawat mengisi keterangan yang kami perlukan dibawah ini dengan lengkap. Terima kasih atas kerjasamanya.

Dear Colleague,
To complete our health service claim data and for fluency of claim process, please fill out the following information completely. Thank you for your kind cooperation.

Hormat kami,
Sincerely
Claim Manager

DATA PESERTA / *CUSTOMER INFORMATION**

Nama Pasien / *Name of Patient* :

No. Polis / *Policy No.* :

Tanggal Lahir (tgl/bln/thn) / *Date of Birth (day/month/year)* : ☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐

Jenis Kelamin / *Gender* : ☐ Laki-laki / *Male* ☐ Perempuan / *Female*

Hubungan dengan Pemegang Polis / *Relationship with Policy Holder* : ☐ Sendiri / *One's own* ☐ Suami/Istri / *Spouse* ☐ Anak / *Child*

Jenis Klaim / *Claim Type* : ☐ Hospital Cash ☐ Hospital & Surgery

INFORMASI KESEHATAN / *HEALTH INFORMATION***

Nama Rumah Sakit/Klinik / *Name of Hospital/Clinic* :

Jenis Perawatan / *Type of Service* : ☐ Rawat jalan / *Outpatient* ☐ Rawat inap / *Inpatient*

Tanggal Perawatan / *Date of Hospitalisation* : ☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐
(tgl/bln/thn)/*(day/month/year)*

Hingga / *Until* : ☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐
(tgl/bln/thn)/*(day/month/year)*

No.	Pertanyaan/*Questions*	Penjelasan/*Explanation*
1.	**Anamnesa / *Anamnese* :** a. Keluhan Utama atau Tambahan *Main or other symptom* b. Sejak kapan pasien mengalami keluhan/gejala? *Since when the patient complained/got symptom?* c. Pernahkah pasien mengalami kondisi yang sama sebelumnya? *Did the patient get same condition before ?* d. Jika disebabkan kerena kecelakaan, kapankah kecelakaan tersebut terjadi? *If it is caused by accident, when did the accident occur ?* e. Apabila rawat inap diperlukan bagi pasien, atas indikasi apa? *If hospitalised is required for the patient, what is the indication?*	☐ Ya/*Yes* Sejak/*Since* : / / ☐ Tidak/*No* (tgl/bln/thn)/*(day/month/year)*
2.	**Kondisi saat ini / *Current condition* :** a. Diagnosis awal ? *Early diagnosis ?* b. Diagnosis akhir ? *Final diagnosis ?* c. Diagnosis/penyakit lain yang menyertai *Other diagnese/illness* d. Pemeriksaan fisik saat masuk rumah sakit *Physical examination when enters hospital* e. Hasil Pemeriksaan klinik (laboratorium, rontgent, dll.) *Clinical findings (laboratorium, x-ray, etc)* (Mohon lampirkan laporan pemeriksaan klinik/Please attach the clinical report) f. Terapi selama perawatan (Harap sebutkan nama obat, dosis, dll.) *Treatment during medical care (Please mention medicine, dosage, etc)* g. Apakah tindakan pembedahan dilakukan? Jika Ya, Sebutkan tanggal, bulan, tahun, jenis pembedahan, serta hasil patologi anatomi (jika ada). *Was a surgery performed? If Yes, please state the day, month, year, type of surgery, and result of phatology anatomy (if any)* *Mohon lampirkan laporan pemeriksaan klinik/Please attach the clinical report)*	

No.	Pertanyaan/*Questions*	Penjelasan/*Explanation*
	Kondisi saat ini /*Current condition* : h. Bagaimana kondisi pasien saat dipulangkan? How is the patient's condition when discharged? i. Apakah prognosisnya? *What is the prognosis?* j. Apakah diperlukan untuk kontrol? Kapan? *Is control is required? When?* k. Tanggal konsultasi pertama kali sehubungan penyakit ini *Date of the first consultation concerning this illness*	

3. Apakah penyakit ini merupakan/berhubungan dengan :
Is this illness is related to :

a. Penyakit bawaan/turunan? *Congenital illness ?*	: ☐ Ya/*Yes* ☐ Tidak/*No*		f. Penyakit hubungan sexual? *Sexual Transmitted Disease?*	: ☐ Ya/*Yes* ☐ Tidak/*No*	
b. Berhubungan dengan kosmetik? *Cosmetic?*	: ☐ Ya/*Yes* ☐ Tidak/*No*		g. Alkohol/penyalahgunaan obat? *Alcohol/drug abuse?*	: ☐ Ya/*Yes* ☐ Tidak/*No*	
c. Penyakit kejiwaan/psikosomatis? *Psychiatry/psychosomatic?*	: ☐ Ya/*Yes* ☐ Tidak/*No*		h. Percobaan bunuh diri/melukai diri? *Suicide attempt/injuring themselves?*	: ☐ Ya/*Yes* ☐ Tidak/*No*	
d. Kesuburan/ketidaksuburan? *Fertility/infertility?*	: ☐ Ya/*Yes* ☐ Tidak/*No*		i. HIV / AIDS? *HIV / AIDS?*	: ☐ Ya/*Yes* ☐ Tidak/*No*	
e. Kehamilan? *Pregnancy?*	: ☐ Ya/*Yes* ☐ Tidak/*No*				

4. Dokter/Rumah Sakit yang menunjuk/mengobati/merawat pasien sebelumnya
Doctors/hospitals who refer/treat patient previously

Name/*Name*	Alamat/*Address*	Tanggal konsultasi/ *Date of consultation* (tgl/bln/thn)/(day/month/year)

Ditanda tangani di : _____ Tanggal/*Date:* / / (tgl/bln/thn)/*(day/month/year)*
Signed in

Nama, Tanda tangan & Stempel Dokter/Rumah Sakit
Name, Signature and stamp of Doctor/Hospital

Demikian keterangan dalam Formulir Keterangan Kesehatan Klaim ini saya berikan sesuai dengan keadaan sebenarnya.
Hereby I declare that the information I give in this Health Declaration Claim Form is true

PERNYATAAN PASIEN/*PATIENT'S DECLARATION**

Dengan ini saya memberikan kuasa kepada PT. Chubb Life Insurance Indonesia untuk memperoleh/mempertanyakan/mengetahui dari rumah sakit/klinik/dokter/pihak lain yang mempunyai catatan/informasi mengenai keadaan/riwayat kesehatan/pengobatan/perawatan rumah sakit/keterangan lain mengenai diri saya.

I hereby authorize PT. Chubb Life Insurance Indonesia to obtain/ask/find out from hospital/clinics/doctors/other parties who have records/information about the state/health/medical history/hospital care/other information of myshelf

Ditanda tangani di : _____ Tanggal/*Date* : / / (tgl/bln/thn)/*(day/month/year)*
Signed in

* Diisi oleh Tertanggung/Pasien *-To be filled by Insured/Patient*
** Diisi oleh Dokter/Rumah Sakit *-To be filled by Doctor/Hospital*

_____
Nama/*Name*

PT Chubb Life Insurance Indonesia terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan.
©2016 Chubb. Coverages underwritten by one or more subsidiary companies. Not all coverages available in all jurisdictions. ACE®, Chubb®, their respective logos, and Chubb.Insured.? are protected trademarks of Chubb.

Chubb. Insured.℠