



PACIFIC CROSS
excellence at every contact

FORMULIR KLAIM RAWAT GIGI - *CLAIM FORM DENTAL*

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 menyatakan bahwa segala pernyataan pada formulir ini adalah benar dalam segala hal. 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 Tertanggung, untuk memberitahukan kepada **PT. International Services Pacific Cross** atau mereka yang mendapat kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Tertanggung baik selama Tertanggung hidup atau telah meninggal dunia. Salinan pernyataan ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

*I the undersigned, hereby declare that the particulars stated in this form are true in every respect. I hereby authorize any physician, clinic, hospital, public health centre, insurance company, legal institution, personal or other organizations that has any records or information on the deceased and health of the deceased whether the deceased was still alive or dead to give them to **PT. International Services Pacific Cross** or its authorized institution. A copy of this statement should be as valid and legal 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 Gigi :

(Dental Diagnose)

8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

Tindakan - *Procedure* : _____

Terapi Medis - *Medicine 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 _____