



**BAGIAN KECELAKAAN / ACCIDENT/TRAUMA SECTION**

**Detail kecelakaan/ Details of Accident**

Mohon tandai dengan (✓) untuk tipe kecelakaan yang sesuai dan lengkapi detail dibawah ini./ Please (✓) type of accident and complete the details as below.

Apakah pengobatan ini berhubungan dengan kecelakaan / Is this treatment related to accident?  Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No <input type="checkbox"/>  Jika "Iya" mohon lengkapi bagian ini / If Yes, please complete this accident section	a. Terjadi pada/ Occurred on	Tanggal/ Date _____/_____/_____ Time _____ am <input type="checkbox"/> pm <input type="checkbox"/> Tgl/DD Bln/mm Thn/yy
	b. Kronologis Kecelakaan /Details of Accident	

**III. PERAWATAN YANG DIBERIKAN/ TREATMENT ADVISED**

Rencana Perawatan / Treatment plan:	
Perkiraan biaya rumah sakit / Estimated hospital costs: <ul style="list-style-type: none"> <li>Biaya kamar perawatan per hari / Room per night:</li> <li>Total perkiraan biaya kamar &amp; rumah sakit / Total room &amp; all hospital costs estimate:</li> </ul>	Perkiraan biaya dokter bedah dan anestetis / Estimated fees for surgeon and anesthesiologist: a. Perkiraan kunjungan per hari / Daily visit estimates:  b. Perkiraan operasi / Surgery estimate <ul style="list-style-type: none"> <li>Perkiraan biaya dokter (a&amp;b) / Treating doctor's total estimate cost (a&amp;b):</li> <li>Perkiraan biaya anestetis / Anesthetist's estimate cost:</li> </ul>
Perkiraan lama perawatan (dalam hari) / Estimated Length of treatment (in days)	

**IV. RENCANA PERAWATAN SELANJUTNYA / FURTHER TREATMENT PLANNED**

Mohon berikan rincian tentang rencana perawatan selanjutnya / Please give details of any further planned treatment plan:

**V. RINCIAN PENANGGUNG YANG LAIN / OTHER INSURER'S DETAILS**

Mohon tandai dengan (✓)/Please mark with (✓)  
 Apakah pengobatan ini diasuransikan di perusahaan asuransi lain? / Is this treatment covered under another insurance policy?  
 Ya/ Yes  Tidak /No

Jika Anda menjawab 'YA' pada salah satu dari dua pertanyaan ini, harap berikan nama perusahaan asuransi yang terkait. (Mohon lampirkan salinan surat persetujuan klaim/perincian pembayaran klaim dari perusahaan asuransi lain tersebut).  
 If you have answered "YES" to either of these questions, please give the name of the related insurance company involved. (Kindly submit a copy of the other insurance company's claim settlement letter/payment

**VI. RINCIAN PESERTA DAN PASIEN / Member's and patient's details**

No. Telepon / Telephone no :	Alamat Email / Email addresses :
No Handphone / Mobile phone no :	

<b>PERNYATAAN DAN KUASA PASIEN/PEMEGANG POLIS /            POLICY HOLDER'S DECLARATION AND POWER OF ATTORNEY</b>	<b>PERNYATAAN DOKTER / PHYSICIAN DECLARATION</b>
<p>Dengan ini saya menyatakan bahwa / I hereby declare and agree that:</p> <p>Saya telah membaca dan atau dibacakan untuk saya dan dijelaskan dalam bahasa yang saya pahami, dan menjawab atau mengisi pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap sesuai dengan keadaan yang sebenar-benarnya. Saya memahami bahwa informasi tersebut diatas diperlukan untuk memproses klaim saya dan jika catatan medis tidak disediakan, biaya yang terkait dengan klaim saya mungkin tidak ditanggung oleh asuransi saya /  <i>I have read and or read to me and explained in a language that I understand, and answer or fill in the questions above completely according to the actual situation. I understand that the information above is required to process my claim and if medical records are not provided expenses related to my claim may not be covered by my insurance.</i></p> <p>Tanda tangan saya berarti bahwa saya telah mengerti dan saya menyetujui segala ketentuan Global Excel Indonesia (PT Prima Sarana Jasa) berkaitan dengan klaim saya. Dalam hal tanda tangan dilakukan oleh perwakilan resmi saya, maka akan tetap berlaku sebagaimana mestinya/ <i>My signature means that I understand, and I agree to all terms of Global Excel Indonesia (PT Prima Sarana Jasa) related to my claim. In condition if the signature is performed by my authorized representative, it will still be valid as appropriate.</i></p> <p>Salinan foto atau transmisi faksimili dari otorisasi ini sama sahnya dengan aslinya /  <i>A photographic copy or facsimile transmission of this authorization shall be as valid as the original.</i></p> <p>Saya berikan otorisasi khusus saya bahwa persetujuan ini mencakup pengungkapan informasi yang sangat sensitif baik kepada asuransi saya maupun pihak ketiga lainnya terkait dengan klaim asuransi saya. / <i>I give my specific authorization that this consent includes disclosure of sensitive information to my insurance provider or other third parties in connection with my insurance claim.</i></p>  <p>_____ tanggal (hr/bln/thn)  <i>Signature of patient or authorized representative Date (dd/mm/yy)</i></p>  <p>_____ tanggal (hr/bln/thn)  <i>Signature of witness Date (dd/mm/yy)</i></p>	<p>Saya, dokter _____, dokter yang merawat pasien tersebut diatas, dengan ini menyatakan informasi yang diberikan diatas adalah benar dan akurat sepanjang sepengetahuan saya /  <i>I, doctor the attending doctor for the above name patient, hereby declares that above information provided are true and accurate to the best of my knowledge.</i></p> <p>Bidang Keahlian (Spesialis)/ <i>Field of Specialty</i></p> <p>_____</p>  <p>Tanda Tangan/ <i>Signature:</i> _____ Tanggal/<i>Date</i> _____</p>  <p>Cap Rumah Sakit / Klinik / <i>Hospital/Clinic's stamp</i> _____ Tgl/Bln/Thn <i>(dd/mm/yy)</i> _____</p>