

**FORMULIR KLAIM
 ASURANSI KESEHATAN
 (HEALTH INSURANCE CLAIM FORM)**

No. Persetujuan Rawat Inap :
Inpatient Approval No

PERNYATAAN PESERTA PT ASURANSI ALLIANZ LIFE INDONESIA

- 1. Bersama ini saya memberi kuasa kepada :**
I hereby authorize to:
- a. Dokter, Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas maupun institusi pelayanan medis lainnya untuk memberikan keterangan dan / atau catatan medis sehubungan dengan diagnosa dan / atau pelayanan medis yang diberikan kepada saya atau keluarga saya yang menjadi tertanggung, dan Physician, Hospital/Clinic or any other medical institution to give the information and/or medical record, according to the diagnosis and/or medication treatment which given to me or my family which being as the Insured, and**
 - b. PT. Asuransi Allianz Life Indonesia untuk mendapatkan segala keterangan /catatn medis dari Rumah Sakit dan atau pihak lain sehubungan dengan diagnosa dan atau pelayanan medis yang diberikan kepada saya tau keluarga saya yang menjadi tertanggung, yang mana akan digunakan untuk memproses klaim sesuai dengan ketentuan polis yang berlaku.
 PT. Asuransi Allianz Life Indonesia to gather further information / medical records from the Hospital and or other parties related to the diagnosis and or health services provided to me or eligible members of my family which may be required to process the claim in accordance with existing policy and term conditions**
 - c. Perusahaan atau perorangan atau organisasi lainnya yang menjadi pemegang polis, agar Dokter memberikan keterangan dan / atau catatan medis sehubungan dengan diagnosa dan / atau pelayanan medis yang diberikan kepada saya atau keluarga saya yang menjadi tertanggung, yang mana akan digunakan untuk memproses klaim sesuai dengan ketentuan polis yang berlaku.
 Company or individual or other organization as the Policy Holder, so that Physicians provide information and / or medical records in connection with the diagnosis and/or medical services provided to me or my family that I be insured, which will be used to process claims in accordance with the provisions of the applicable policy**
- 2. Saya menyetujui bahwa biaya yang timbul sehubungan dengan pelayanan kesehatan yang terjadi akan diperhitungkan oleh PT Asuransi Allianz Life Indonesia sesuai dengan ketentuan polis dan bersedia untuk membayar kepada PT Asuransi Allianz Life Indonesia, biaya-biaya yang tidak dipertanggungjawabkan dalam polis sesuai dengan ketentuan yang diberlakukan oleh PT Asuransi Allianz Life Indonesia
*I agree that the costs incurred related with health care that occurs will be calculated by PT Asuransi Allianz Life Indonesia in accordance with the provisions of the policy and I am willing to pay to PT Asuransi Allianz Life Indonesia, the costs of which are not insured under the policy in accordance with the provisions in force by PT Asuransi Allianz Life Indonesia***
- 3. Saya menyatakan bahwa semua keterangan yang tercantum dalam pernyataan ini benar adanya dan dibuat tanpa paksaan pihak manapun. Salinan dari pernyataan ini sama kuat dan sahnya seperti aslinya
*I certify that all information contained in this statement is true and is made without coercion from any party. Copy of this statement is as strong and validity as the original.***

INFORMASI PASIEN / PATIENT INFORMATION

No. Polis : <i>Policy No</i>	Nama Perusahaan : <i>Company Name</i>	Jenis Kelamin : <i>Sex</i>	<input type="checkbox"/> Pria <i>Male</i>	<input type="checkbox"/> Wanita <i>Female</i>
Nama Peserta : <i>Participant Name</i>	No. Peserta : <i>Participant No</i>	Tanggal Lahir : <i>Date of Birth</i>	/ / (tgl/bln/thn) (dd/mm/yy)	
Terdaftar sebagai peserta COB BPJS Kesehatan? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak				
No. BPJS Peserta : <i>Participant BPJS No</i>		NIK :		
Hubungan Peserta dengan Pemegang Polis: <input type="checkbox"/> Karyawan atau diri sendiri / <i>Employee or as your self</i> <input type="checkbox"/> Pasangan/Spouse <input type="checkbox"/> Anak/Child				
Tanggal Masuk : <i>Admittance date</i>	___ / ___ / ___ (tgl/bln/thn) (dd/mm/yy)	Tanggal Keluar : <i>Discharge date</i>	___ / ___ / ___ (tgl/bln/thn) (dd/mm/yy)	
Jenis Klaim : <input type="checkbox"/> Rawat Inap / <i>Inpatient</i> <input type="checkbox"/> Pra/Pasca Rawat Inap / <i>Pre/Post Hospitalization</i> <input type="checkbox"/> Rawat Jalan / <i>Outpatient</i> <input type="checkbox"/> Melahirkan / <i>Labour</i> <input type="checkbox"/> Benefit Kematian terkait Asuransi Kesehatan / <i>Death Benefit related with Health Insurance</i>				

KELUHAN UTAMA DAN KRONOLOGIS PESERTA :
PARTICIPANT MAIN COMPLAINT(S) / SYMPTOMS AND CHRONOLOGIC

**APABILA DISEBABKAN KARENA KECELAKAAN, MOHON SEBUTKAN TANGGAL TERJADINYA KECELAKAAN TERSEBUT? (TGL/BLN/THN) DAN SEBUTKAN KRONOLOGIS TERJADINYA KECELAKAANNYA.
 IF CAUSED BY AN ACCIDENT, WHEN DID THE ACCIDENT TAKE PLACE (DD/MM/YY)**

Kelengkapan Dokumen / Documents completeness:

- | | |
|--|--|
| 1. Formulir Klaim yang lengkap/Complete Claim Form
2. Rincian Biaya/Detail Cost
3. Salinan Hasil Tes Diagnostik/Copy of diagnostic's test result | 4. Kuitansi Pembayaran Asli/Original Payment Receipt
5. Copy Resep/Copy of prescription
6. Copy Cover Buku tabungan yang masih berlaku (khusus untuk klaim polis flexicare) Attach copy of cover bank account that still valid (only for Flexicare Policy's Claims). |
|--|--|

TANDA TANGAN PESERTA :
PARTICIPANT'S SIGNATURE

Nama Jelas :

Tanda tangan dan Tanggal :

PERNYATAAN DOKTER / PHYSICIAN STATEMENT

Tanggal Masuk : ___ / ___ / ___ (tgl/bln/thn) **Tanggal Keluar** : ___ / ___ / ___ (tgl/bln/thn)
Admittance date (dd/mm/yy) *Discharge date* (dd/mm/yy)

Jenis Klaim :
 Rawat Inap *Inpatient* Pra/Pasca Rawat Inap *Pre/Post Hospitalization* Rawat Jalan *Outpatient* Melahirkan *Labour*

DIAGNOSA MASUK <i>ADMITTANCE DIAGNOSTIC</i>	DIAGNOSA KELUAR / DISCHARGE DIAGNOSTIC Diagnosa Utama / <i>Primary Diagnose</i> : Diagnosa Penyerta / <i>Secondary Diagnose</i> : 1. 2. 3. 4.	KODE DIAGNOSA ICD X UNTUK DIAGNOSA KELUAR <i>CODE OF ICD X FOR DISCHARGE DIAGNOSTIC</i> Diagnosa Utama / <i>Primary Diagnose</i> : Diagnosa Penyerta / <i>Secondary Diagnose</i> 1. 2. 3. 4.
---	--	--

PENYAKIT BERHUBUNGAN DENGAN:
 Kosmetik *Cosmetic* Kesuburan *Infertility* Kongenital/Hereditas *Congenital/Hereditary* Psikis/Psikosomatis *Psychological/Psychosomatic* Kehamilan *Maternity* Lainnya, sebutkan *Others, please mention*

KELUHAN UTAMA DAN KRONOLOGIS:
MAIN COMPLAINT(S)/SYMPTOMS AND CRONOLOGIS

KELUHAN TAMBAHAN :
OTHER COMPLAINT(S)/SYMPTOMS

SEJAK KAPAN PASIEN MENGALAMI KELUHAN / GEJALA TERSEBUT ?
SINCE WHEN HAS THE PATIENT SUFFERED FROM THE COMPLAINT(S)/SYMPTOM(S)?

JIKA MEMERLUKAN RAWAT INAP, APAKAH INDIKASI MEDIS DILAKUKAN RAWAT? :
IF HOSPITALIZATION IS NEEDED, PLEASE STATE THE MEDICAL INDICATION

MENURUT DOKTER, PERNAHKAH PASIEN MENGALAMI KONDISI YANG SAMA SEBELUM TANGGAL PENGOBATAN TANGGAL TERSEBUT? JIKA YA, MOHON SEBUTKAN (TGL/BLN/THN)
ACCORDING TO PHYSICIAN, HAS THE PATIENT BEEN IN THE SAME CONDITION BEFORE? IF YES, PLEASE STATE WHEN. (DD/MM/YY)

PEMERIKSAAN FISIK & PENUNJANG / PHYSICAL & OTHER EXAMINATIONS

TERAPI & JENIS TINDAKAN / THERAPY AND TYPE OF ACTION

1. ICD 9 CM untuk Diagnosa Utama / *ICD 9 CM for Primary Diagnose* :
 2. ICD 9 CM untuk diagnosa Penyerta / *ICD 9 CM for Secondary Diagnose*:
 -
 -
 -
 -

INFORMASI DOKTER YANG MERAWAT / PHYSICIAN'S INFORMATION :

Nama / *Physician's Name* : _____
 NIP Dokter / *Number of Registration of IDI* : _____
 Nama Provider / *Name of Provider* : _____
 No telp Provider / *Phone Number* : _____

 Tanda tangan dan Stempel / *Physicisan's signature and stamp* : _____