



## FORMULIR KLAIM RAWAT JALAN - ASURANSI KESEHATAN KUMPULAN OUTPATIENT CLAIM FORM - GROUP HEALTH INSURANCE

Soft copy , No claim : .....  Hard copy

Bagian 1 : Diisi oleh peserta/ pihak yang mengajukan klaim / Filled by claimant

**APABILA FORM KLAIM TIDAK DI ISI LENGKAP KLAIM AKAN DIKEMBALIKAN UNTUK DILENGKAPI  
IF THE CLAIM FORM IS NOT FILL IN COMPLETELY, CLAIM WILL BE RETURNED**

Rawat Jalan / Outpatient     Gigi / Dental     Kacamata / Optical     Lain-lain / Others: .....

Nama Pemegang Polis / Policy Holder Name	: .....
Nomor Polis / Policy Number	: .....
Nama Pasien / Name of Patient	: .....
Nomor Peserta Pasien / No Patient Member ID	: .....
Tanggal Lahir / Date of Birth	: .....
Nama Karyawan / Name of Employee	: .....
Alamat Email Karyawan / Employee's Email Address	: .....
No Handphone karyawan / Employee Cellular Phone No	: .....

### SURAT KUASA & PERNYATAAN POWER OF ATTORNEY & DECLARATION

Dengan ini Saya menyatakan bahwa Saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. Dengan ini Saya memberi kuasa yang tidak akan berakhir karena sebab-sebab yang tercantum dalam pasal 1813 KUHP Perdata kepada setiap Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Laboratorium, Institusi Medis mana pun, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Lembaga, atau Perorangan yang mempunyai catatan rekam medis/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Saya dan Keluarga saya, untuk meneruskannya kepada PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia atau mereka yang diberi kuasa oleh Saya, segala catatan rekam medis/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Saya. Fotokopi dari Surat Kuasa ini sama kuat dan sah secara hukum seperti aslinya.

*I Hereby, declare that I have read, understood and answered all the questions above completely and correctly, I give the authority to the Doctors, Clinics, Hospitals, Society health centers, Laboratories, all Medical Institutions, Insurance Companies, Law Firms, Institutions or Individuals who has the medical record/information of Myself and My family, to share the information to PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia or the people who are given the authority by Me, with all the medical record and all information that is related to my medical history. A copy of this declaration is equally as legal as the original copy.*

Tempat dan Tanggal / Place and Date

Tanda Tangan, Nama Jelas Karyawan atau Peserta  
Signature, Name of Employee or Member

Wajib Melampirkan kelengkapan dokumen pengajuan klaim / Mandatory to submit below supporting documents

- Formulir Klaim yang diisi lengkap / Completed claim forms
- Resume medis / Medical Resume
- Rincian Biaya / Detail of medical expense
- Kuitansi pembayaran asli / Original Payment receipt
- Salinan resep / Copy of prescription
- Salinan test diagnostic (Lab, Rontgen dll) / Copy of the diagnostic test (Laboratory result, Rontgen, etc)
- Formulir rekapitulasi klaim / Claim form recapitulation

Pengiriman dokumen klaim dapat di tuju ke alamat / Delivey claim documents directed to address:

**CASHLESS**  
 POS : PO BOX GI\_ADMEDIKA JKP 10000  
 Kurir : PO BOX Kantor Pos Besar Jl. Lapangan Banteng Utara No.1  
 Pasar Baru , Sawah Besar , Jakarta Pusat - 10710  
 UP : KLAIM GENERALI

**REIMBURSEMENT**  
 PT. Administrasi Medika Telkom STO Gambir Gedung C Lt.1  
 Jl. Medan Merdeka Selatan No.12 Jakarta Pusat – 10110  
 UP : KLAIM GENERALI

Disclaimer " Saya mengerti dan memahami jika saya mengisi perubahan data korespondensi, maka PT. Asuransi Jiwa Generali Indonesia akan melakukan pengkinian data sesuai dengan data yang tercantum pada formulir ini". *I understand that by filling this correspondence data changes, PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia will update my correspondence data based on the information on this form.*





Bagian 2 : Diisi oleh dokter yang memeriksa / Filled in by doctor in charge

Resume Medis / Medical Resume

<b>GENERALI</b> Tanggal Pelayanan <i>Date of treatment</i>	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin: 0 auto; text-align: center;">/ /</div> <span style="float: right;">(Tgl bln thn / dd mm yyy)</span>								
Anamnesa dan Gejala <i>Anamnesis and Symptom</i>  Pemeriksaan fisik <i>Physical Examination</i>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>TD / BP : ..... Suhu /Temperature : .....</p> <p>Nadi / Pulse : ..... Pernafasan / RR : .....</p>								
Diagnosa atau Dugaan Diagnosa <i>Diagnosis or Pre diagnosis</i>  Diagnosa di atas berhubungan dengan <i>The Diagnosis above is related to</i>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan Sejak Lahir <i>Congenital Anomal</i></p> <p><input type="checkbox"/> Kejiwaan / <i>Psychology</i></p> <p><input type="checkbox"/> Tumbuh Kembang / <i>Growth and Development Disorder</i></p> <p><input type="checkbox"/> Penyakit Menular Sexual / <i>Sexual Transmitted Diseases</i></p> <p><input type="checkbox"/> HIV-AIDS</p> <p><input type="checkbox"/> Kosmetika / <i>Cosmetics</i></p> <p><input type="checkbox"/> Kesuburan / <i>Fertility</i></p> <p><input type="checkbox"/> Kehamilan / <i>Pregnancy</i></p> <p><input type="checkbox"/> Penyakit Kronik Episode Berulang / <i>Repeated Events of Chronic Episodes</i></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Kehamilan / <i>Pregnancy</i></b>  - Kehamilan keberapa dan Usia kehamilan / <i>Pregnancy number and period of Gestation</i>  .....</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Kecelakaan / <i>Accident</i></b> :  - Tanggal Kecelakaan dan penyebab kecelakaan / <i>Date of accident and cause of accident</i> :  <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin: 0 auto; text-align: center;">/ /</div> <span style="float: right;">(Tgl bln thn / dd mm yyy)</span></p> <p>- Peserta sebagai pengendara atau penumpang ? / <i>Patient as a driver or passenger?</i>  .....</p> <p>- Mohon dilampirkan copy sim jika pasien sebagai pengendara / <i>Please attach a copy of driver's license if patient is a driver</i></p>								
Nomor Regio gigi (Bila pengobatan berhubungan dengan gigi) <i>Number of dental region (If dental treatment)</i>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 30px; display: flex; align-items: center;"> <div style="flex-grow: 1; border-right: 1px solid black;"></div> <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;">1</td> <td style="width: 20px;">2</td> <td style="width: 20px;">3</td> <td style="width: 20px;">4</td> <td style="width: 20px;">5</td> <td style="width: 20px;">6</td> <td style="width: 20px;">7</td> <td style="width: 20px;">8</td> </tr> </table> </div>	1	2	3	4	5	6	7	8
1	2	3	4	5	6	7	8		
Terapi / Tindakan / Hasil lab <i>Therapy / Treatment / Lab Result</i>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>								
Saya menyatakan bahwa saya telah membaca dan menjawab pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan benar. / <i>I hereby declare that I have read and answered all above completely and correctly to the extent of my knowledge.</i>									
Nama Dokter / Doctor's Name : ..... Spesialisasi / <i>Specialization</i> .....									
Alamat Dokter/Rumah Sakit / <i>Doctor's Address/Hospital</i> : .....									
No. Telp/ <i>Phone No</i> : .....									
Tanggal / <i>Date</i> ____/____/____ (DD/MM/YYYY) <span style="float: right;">(Tanda Tangan Dokter &amp; Cap Rumah Sakit) <i>(Doctor's Signature &amp; Hospital Stamp)</i></span>									