

FORMULIR KLAIM
ASURANSI KESEHATAN PERORANGAN - FLEXICARE
(Individual Health Insurance Claim Form)

Formulir klaim ini harus diisi lengkap, ditandatangani oleh Peserta atau Pemegang Polis yang berhak dan diterima oleh PT. Asuransi Allianz Life Indonesia sebelum 30 (tiga puluh) hari setelah tanggal perawatan / pelayanan kesehatan. Lengkapi Formulir Klaim dengan data sebenarnya, ditandatangani oleh Dokter yang merawat dan cap Rumah Sakit/Klinik serta lampirkan dengan : kuitansi pembayaran asli, salinan hasil laboratorium, test diagnostik, rontgens dan lain-lain yang berkaitan dengan perawatan termasuk didalamnya copy resep. **Formulir Klaim yang tidak lengkap tidak dapat diproses.**

*This Claim Form must be completed in full, signed by the eligible member or Policy Holder and received by PT. Asuransi Allianz Life Indonesia within 30 (thirty) days after the Date of Services. Please complete this Claim Form with the actual data, signed by attending physician and stamped by hospital/clinic and attach with original payment receipt, copies of the laboratory results, diagnostic test, x-rays and others relating to the treatment including a copy of the prescription. **Un-complete Claim Form can not be processed.***

Nama Peserta : _____
Member's Name

Jenis Kelamin : Pria Wanita
Sex Male Female

No. Polis : _____
Policy No.

No. Peserta : _____
Membership No.

Tanggal Lahir : ____ / ____ / ____ (Tanggal/bulan/tahun)
Date of Birth dd/mm/yy

Hubungan Pasien dengan Pemegang Polis : Sendiri Suami Isteri Anak
Patient's Status with Policyholder Self Husband Wife Child

Jenis Klaim Rawat Inap Pra/Pasca Rawat Inap Rawat Jalan / Rawat Gigi
Type of Claim Hospitalization Pre/Post Hospitalization Outpatient / Dental Care
 Melahirkan Kematian
Maternity Death

No. Telp / No HP : _____ / HP _____
Phone No/HP.No

No Rekening : _____ Bank _____ Cabang _____
Acc. No Bank Branch

Nama Pemilik Rekening _____
Account Holder's Name

PERNYATAAN PEMBERIAN KUASA
LETTER OF AUTHORITY

Bersama ini Saya memberi kuasa kepada PT. Asuransi Allianz Life Indonesia untuk mendapatkan segala keterangan / catatan medis dari Rumah Sakit dan atau pihak lain sehubungan dengan diagnosa dan atau pelayanan medis yang diberikan kepada Saya atau Tertanggung lain dari keluarga Saya yang berhak berdasarkan ketentuan perundang-undangan yang berlaku. Saya menyadari bahwa salinan Pernyataan Pemberian Kuasa ini dapat berlaku sebagaimana aslinya.

I hereby authorize 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 regulations. I hereby agree that this Letter of Authority to be used promptly.

Seluruh keterangan yang tercantum dalam Formulir Klaim Asuransi Kesehatan Perorangan ini ditulis dengan benar.
All information in this Individual Health Insurance Claim Form was written truthfully.

_____, ____ / ____ / ____ (Tempat/Tanggal)
(Place/Date)

(_____)
 (Nama Jelas & Tandatangan Peserta atau Pemegang Polis / Name & Signature of Member or Policy Holder)

Kelengkapan Dokumen/Documents completeness :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Formulir Klaim yang Lengkap / Complete Claim Form | <input type="checkbox"/> Kuitansi Pembayaran Asli / Original Payment Receipt |
| <input type="checkbox"/> Rincian Biaya / Detail Cost | <input type="checkbox"/> Copy Resep / Copy of prescription |
| <input type="checkbox"/> Salinan Tes Diagnostik (Laboratorium, Hasil X-Rays, dll)
<i>Copy of the Diagnostic Test (Laboratory Result, X-Ray, etc)</i> | |

RESUME MEDIS MEDICAL RESUME

Nama Pasien : _____ No. Medical Record : _____
Patient's name *Medical Record No.*

Jenis Kelamin : Pria Wanita
Sex *Male* *Female*

Tempat Pelayanan : _____ Tanggal Pelayanan : _____
Hospital's/Clinic's Name *Date of Service*

Jenis Layanan Rawat Inap Pra/Pasca Rawat Inap Rawat Jalan / Rawat Gigi Melahirkan Kematian
Type of Service *Hospitalization* *Pre/Post Hospitalization* *Outpatient / Dental Care* *Maternity* *Death*

A. ANAMNESIS / ANAMNESIS

- Keluhan utama dan atau tambahan :
Chief complaint and or other complaint(s)/symptom(s)

- Sejak kapan pasien mengalami keluhan / gejala tersebut ?
Since when has the patient suffered from the complaint(s)/symptom(s) ?

- Adakah penyakit lain yang berhubungan dengan kondisi sekarang ? Jika Ya, mohon sebutkan dan sejak kapan.
Is there any disease(s) that related to the current condition ? If Yes, please state the disease(s) and since when.

- Menurut Dokter, pernahkah pasien mengalami kondisi yang sama ? Jika Ya, mohon sebutkan kapan.
According to you, has the patient been in the same condition before? If Yes, please state when.

- Apabila disebabkan karena kecelakaan, kapankah terjadinya kecelakaan tersebut ? (tgl/bln/thn)
If caused by an accident, when did the accident take place (dd/mm/yy)

- Jika memerlukan rawat inap, apakah indikasi medis rawat inap tersebut ?
If hospitalization is needed, please state the medical indication.

B. PEMERIKSAAN FISIK/PHYSICAL EXAMINATION

C. PEMERIKSAAN PENUNJANG/OTHER EXAMINATIONS

DIAGNOSA / DIAGNOSIS :

Apakah diagnosa penyakit tersebut berhubungan dengan / *Is the diagnosis related to :*

- | | |
|--|---|
| - Kelainan Bawaan atau Turunan / <i>Congenital or Hereditary Disease</i> | : <input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No |
| - Kesuburan atau Ketidaksuburan / <i>Fertility or Infertility</i> | : <input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No |
| - Kehamilan / <i>Maternity</i> | : <input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No |
| - Kosmetika / <i>Cosmetics</i> | : <input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No |
| - Penyakit kejiwaan / <i>Mental or Psychiatric Disorder</i> | : <input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No |

D. TERAPI / THERAPY

E. TINDAKAN / MEDICAL PROCEDURE

F. SARAN PENGOBATAN / MEDICAL ADVICE

_____, _____ / _____ / _____ (Tempat/Tanggal)
(Place / Date)

(_____)
Nama Jelas & Tandatangani Dokter yang Merawat / *Attending Doctor's Name & Signature*

Kelengkapan Dokumen/Documents completeness :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Formulir Klaim yang Lengkap / <i>Complete Claim Form</i> | <input type="checkbox"/> Kuitansi Pembayaran Asli / <i>Original Payment Receipt</i> |
| <input type="checkbox"/> Rincian Biaya / <i>Detail Cost</i> | <input type="checkbox"/> Copy Resep / <i>Copy of prescription</i> |
| <input type="checkbox"/> Salinan Tes Diagnostik (Laboratorium, Hasil X-Rays, dll)
<i>Copy of the Diagnostic Test (Laboratory Result, X-Ray, etc)</i> | |