

FORMULIR KLAIM
ASURANSI KESEHATAN KUMPULAN
GROUP HEALTH INSURANCE CLAIM FORM

Pengiriman dokumen klaim:
Claim document submission:
PT ASURANSI ALLIANZ LIFE INDONESIA
Allianz Document Management Center
Jakarta Gedung Setiabudi Atrium lantai 3
#308-309 Jln. HR. Rasuna Said Kav.62

No. Persetujuan Rawat Inap:
Inpatient Care Consent No.:

PERNYATAAN PESERTA
PARTICIPANT'S STATEMENT

Bersama ini saya menyatakan bahwa:

I hereby declare that:

1. Saya dengan ini memberikan kuasa dengan hak substitusi, tanpa syarat dan yang tidak dapat dicabut kembali kepada masing-masing, yang dapat bertindak sendiri-sendiri maupun secara bersama-sama, (i) PT Asuransi Allianz Life Indonesia ("Allianz"); (ii) setiap orang dan/atau perusahaan yang bekerja sama dengan Allianz sehubungan dengan proses pengurusan, pemeriksaan dan/atau investigasi klaim asuransi; (iii) setiap dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, instansi lain, perusahaan asuransi lain, badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya, yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan atau kesehatan Saya, riwayat pengobatan atau perawatan di Rumah Sakit maupun institusi pelayanan medis lainnya (termasuk diagnosis atau nasihat dokter atau tenaga medis lainnya); dan (iv) perusahaan atau perorangan atau organisasi lainnya yang menjadi pemegang polis, untuk melakukan hal-hal sebagai berikut:

I hereby grant an unconditional and irrevocable power of attorney with the right of substitution to each party, who can act individually or collectively, namely (i) PT Asuransi Allianz Life Indonesia ("Allianz"); (ii) any person and/or company with which Allianz cooperates in connection with the processing, examination, and/or investigation of insurance claims; (iii) any physician, Hospital, Clinic, Health Center, other institutions, other insurance companies, legal entity, other individuals or organizations having a record of or understanding My medical condition or health, medication or treatment history at a Hospital or other healthcare institutions (including diagnosis or medical advice from a physician or other medical personnel); and (iv) other companies or individuals or organizations that become the policyholders, to do the following:

- a. Memberikan, mengungkapkan dan/atau menyerahkan kepada Allianz setiap keterangan, data, informasi dan/ataucatatan/isi/ringkasan rekam medis (termasuk memberi salinan/fotokopi dokumen terkait) sehubungan dengan, namun tidak terbatas pada, diagnosis, riwayat pengobatan atau perawatan dan/atau pelayanan medis yang diberikan kepada Saya;
Providing, disclosing, and/or submitting to Allianz any particulars, data, information, and/or note/content/summary of medical records (including providing copies/photocopies of related documents) in connection with, but not limited to, the diagnosis, medication or treatment history, and/or healthcare provided to Me;
- b. Mendapatkan segala keterangan/informasi/catatan/rekam medis dari Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas dan/atau maupun institusi pelayanan medis lainnya sehubungan dengan diagnosis dan/atau pelayanan medis yang diberikan kepada Saya yang mana akan digunakan untuk memproses permohonan asuransi Saya dan/atau klaim sesuai dengan ketentuan polis dan hukum yang berlaku; dan
Obtaining all particulars/information/notes/medical records from other Hospitals, Clinics, Health Centers, and/or healthcare institutions in connection with the diagnosis and/or healthcare provided to Me that will be used to process My insurance application and/or claim in accordance with the provisions of the policy and the laws in force; and
- c. Melakukan segala sesuatu sehubungan dengan polis asuransi dan/atau hal-hal tersebut di atas.
Performing any action in connection with the insurance policy and/or the things mentioned above.

2. Saya dengan ini menegaskan bahwa Saya memahami Allianz memiliki kepentingan yang sah untuk melakukan hal-hal sebagai berikut sehubungan dengan pengajuan klaim:

I hereby confirm that I understand that Allianz has legitimate interests in carrying out the following activities in connection with the claim submission:

- a. memproses data dan/atau informasi pribadi Saya (termasuk data dan informasi kesehatan serta finansial Saya) dalam rangka dan/atau untuk setiap tujuan berikut ini:

process My personal data and/or information (including My health and financial data and information) in connection with and/or for each of the following purposes:

- (i) penilaian risiko asuransi;
insurance risk assessment;
 - (ii) pengajuan dan penanganan setiap klaim (termasuk namun tidak terbatas pada pemeriksaan dan investigasi klaim);
submission and processing of each claim (including, but not limited to, examination and investigation of a claim);
 - (iii) pembayaran manfaat asuransi/klaim;
insurance benefit/claim payment;
 - (iv) keperluan ko-asuransi termasuk penanganan klaim yang timbul atas ko-asuransi;
matters related to co-insurance, including processing of a claim arising from such co-insurance;
 - (v) pelayanan nasabah termasuk penanganan keluhan/komplain;
customer service, including complaint handling;
 - (vi) kerja sama dalam rangka penemuan atau pencegahan penipuan dan kejahatan keuangan;
cooperation in identifying or preventing fraud and financial crime;
 - (vii) setiap proses hukum yang melibatkan Allianz dan/atau tenaga pemasarnya; dan/atau
any legal process involving Allianz and/or its insurance sales force; and/or
 - (viii) kerja sama reasuransi dan/atau retrocesi.
cooperation on reinsurance and/or retrocession.
- b. Mengungkapkan data dan/atau informasi pribadi Saya (termasuk data dan informasi kesehatan serta finansial Saya) kepada pihak-pihak berikut ini:
disclose My personal data and/or information (including My health and financial data and information) to the following parties:
 - (i) ahli medis dan/atau pihak ketiga lainnya (termasuk mereka yang memberikan perawatan, pelayanan kesehatan dan/atau layanan lainnya kepada Saya);
medical personnel and/or any other third parties (including those providing Me with treatment, healthcare, and/or other services);
 - (ii) setiap perusahaan (termasuk perusahaan penyedia layanan, perusahaan asuransi, dan perusahaan reasuransi), mitra, orang atau pihak ketiga yang ditunjuk dan/atau bekerja sama dengan Allianz;
any company (including service providers, insurance companies, and reinsurance companies), partner, individual, or third party appointed by and/or cooperating with Allianz;
 - (iii) perusahaan induk Allianz, afiliasi, anak perusahaan, tenaga pemasar dan perwakilannya dan/atau usaha patungan; dan/atau
Allianz's parent company, affiliates, subsidiaries, agents and representatives, and/or joint ventures; and/or

- (iv) otoritas, asosiasi asuransi dan/atau badan pemerintah (*regulator*), dalam rangka dan/atau untuk setiap tujuan sebagaimana yang diuraikan dalam butir 2 (a) di atas.
authorities, insurance associations, and/or government agencies (regulators), in connection with and/or for each purpose outlined in point 2 (a) above.
3. Saya mengerti bahwa untuk mempelajari lebih lanjut tentang bagaimana Allianz melindungi data pribadi dan hak-hak Saya dengan mengakses tautan berikut: <https://www.allianz.co.id/kebijakan-privasi.html>
I understand that I can learn more about how Allianz protects My personal data and rights by accessing the following link: <https://www.allianz.co.id/kebijakan-privasi.html>
 4. Saya bertanggung jawab atas setiap pelepasan dan/atau pengungkapan informasi, keterangan dan/atau catatan/rekam medis sehubungan dengan kuasa yang Saya berikan sebagaimana dimaksud pada Angka 1 di atas, dan membebaskan setiap pihak yang menjadi penerima kuasa dari segala gugatan, tuntutan, ganti rugi dan/atau klaim yang timbul baik saat ini maupun di kemudian hari.
I am responsible for any release and/or disclosure of information, particulars, and/or notes/medical records in connection with the power of attorney that I grant as referred to in Point 1 above, and hold harmless each party that serves as an agent from any lawsuits, demands, damages, and/or claims arising now and in the future.
 5. Saya menyetujui bahwa semua biaya yang timbul sehubungan dengan pelayanan kesehatan yang terjadi akan diperhitungkan oleh Allianz sesuai dengan ketentuan polis dan Saya bersedia dan dengan ini berjanji untuk membayar kepada Allianz, Dokter, Rumah Sakit, Klinik dan/atau Puskesmas terhadap biaya-biaya yang tidak dipertanggungjawabkan dalam polis sesuai dengan ketentuan yang diberlakukan oleh Allianz.
I agree that all costs and expenses incurred in connection with any healthcare will be calculated by Allianz in accordance with the provisions of the policy and I am willing and hereby promise to pay Allianz, the Physicians, the Hospitals, the Clinics, and/or the Health Centers any costs and expenses that are not covered under the policy in accordance with the terms imposed by Allianz.
 6. Saya menyatakan bahwa semua keterangan yang tercantum dalam pernyataan ini adalah benar, jujur, tidak menyesatkan, dan dibuat tanpa paksaan pihak manapun.
I declare that all information contained herein is true, honest, not misleading, and made without coercion from any party.
 7. Saya dengan ini mengesampingkan keberlakuan ketentuan Pasal 1813, Pasal 1814 dan Pasal 1816 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata.
I hereby waive the imposition of the provisions of Articles 1813, 1814, and 1816 of the Indonesian Civil Code.
 8. Surat kuasa ini merupakan tambahan dari setiap kuasa yang telah Saya berikan sebelumnya kepada Allianz dan/atau penerima kuasa lainnya, dan tidak mengakibatkan berakhirnya setiap kuasa yang telah Saya berikan sebelumnya.
This power of attorney is a supplement to any power of attorney granted previously by Me to Allianz and/or other agents, and its issuance does not constitute termination of any power of attorney that I previously granted.
 9. Formulir Klaim Asuransi Kesehatan Kumpulan ini telah memuat pemberian kuasa dari Saya kepada setiap penerima kuasa sebagaimana dimaksud pada Angka 1 di atas. Dengan demikian, Formulir Klaim Asuransi Kesehatan Kumpulan ini memiliki akibat hukum yang sama dengan surat kuasa dan tidak diperlukan lagi suatu surat kuasa terpisah.
This Group Health Insurance Claim Form specifies authorization granted by Me to each agent as referred to in Point 1 above. Thus, this Group Health Insurance Claim Form has the same legal consequences as power of attorney and there is no need to issue a separate power of attorney.
 10. Formulir Klaim Asuransi Kesehatan Kumpulan ini dapat dibuat salinannya dan setiap salinannya (fotokopinya) memiliki kekuatan hukum yang sama dengan aslinya.
This Group Health Insurance Claim Form may be copied and each copy (photocopy) has the same legal force as the original.
 11. Dalam hal diminta dan/atau dipersyaratkan oleh dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas dan/atau institusi kesehatan lainnya, Saya bersedia untuk mengisi dan menandatangani formulir klaim kesehatan dan/atau surat kuasa yang disediakan oleh setiap dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, atau institusi kesehatan lainnya ("**Surat Kuasa Tambahan**"). Surat Kuasa Tambahan tersebut merupakan tambahan atas, dan tidak meniadakan, kuasa-kuasa yang diberikan berdasarkan Formulir Klaim Asuransi Kesehatan Kumpulan ini.
I am willing to fill out and sign any health claim form and/or power of attorney provided by any physician, Hospital, Clinic, Health Center, or other healthcare institutions ("Additional Power of Attorney") in the event that such document is requested and/or required by the physician, Hospital, Clinic, Health Center, or healthcare institutions. Such Additional Power of Attorney is a supplement to, and does not nullify, the power of attorney granted under this Group Health Insurance Claim Form.
 12. Dalam hal Formulir Klaim Asuransi Kesehatan Kumpulan ini disediakan dalam versi Bahasa Indonesia dan bahasa asing lainnya, maka versi bahasa asingnya merupakan versi yang dimaksudkan sebagai referensi. Dalam kondisi apapun, versi Bahasa Indonesia merupakan versi yang berlaku.
In the event that this Group Health Insurance Claim Form is provided in Indonesian and other foreign languages, the foreign language version hereof is intended as a reference. The Indonesian version shall prevail under any circumstances.
 13. Saya mengakui dan menyetujui bahwa Formulir Klaim Asuransi Kesehatan Kumpulan ini dapat ditandatangani dengan tanda tangan elektronik (baik seluruhnya atau sebagian), yang harus dianggap sebagai tanda tangan asli untuk semua tujuan dan yang memiliki kekuatan hukum yang sama dengan tanda tangan asli (basah). Saya mengakui dan menyetujui bahwa, dalam setiap proses hukum dalam setiap hal yang sehubungan dengan Formulir Klaim Asuransi Kesehatan Kumpulan ini, Saya secara tegas mengesampingkan setiap hak untuk (i) mengajukan pembelaan atau pelepasan tanggung jawab/kewajiban; dan/atau (ii) membatalkan Formulir Klaim Asuransi Kesehatan Kumpulan ini, atas alasan penandatanganan Formulir Klaim Asuransi Kesehatan Kumpulan ini oleh Saya dengan tanda tangan elektronik.
I acknowledge and agree that this Group Health Insurance Claim Form may be signed electronically (in whole or in part), which shall be considered the original signature for all purposes and have the same legal force as the handwritten signature. I acknowledge and agree that, in any legal process in connection with this Group Health Insurance Claim Form, I expressly waive any right to (i) file defense or waive any responsibility/liability; and/or (ii) cancel this Group Health Insurance Claim Form by reason of electronic signing of this Group Health Insurance Claim Form by Me.

INFORMASI PESERTA PARTICIPANT'S INFORMATION	
No Polis : <i>Policy No.</i>	Nama Perusahaan : <i>Company Name</i>
Nama Peserta : <i>Participant Name</i>	Tanggal lahir : ____/____/____ (tgl/bln/thn) <i>Date of birth</i> (dd/mm/yyyy)
No Peserta : <i>Participant No.</i>	Jenis Kelamin <input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita <i>Sex</i> Male Female
Terdaftar sebagai peserta COB BPJS Kesehatan? <i>Registered as participant of the COB program of BPJS (Social Security Administrative Body for Health)</i>	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak No. BPJS Peserta : <i>Yes No Participant's BPJS No.</i>
Nomor Induk Kewarganegaraan (No. KTP) : <i>National Identification Number</i>	
Hubungan Peserta dengan Pemegang Polis : <i>Participant's Relationship with the Policyholder</i>	<input type="checkbox"/> Karyawan atau diri sendiri <input type="checkbox"/> Pasangan <input type="checkbox"/> Anak <i>Employee or the Policyholder Spouse Child</i>
Tanggal Masuk : ____/____/____ (tgl/bln/thn) <i>Admission Date</i> (dd/mm/yyyy)	Tanggal Keluar : ____/____/____ (tgl/bln/thn) <i>Discharge Date</i> (dd/mm/yyyy)
Jenis Klaim : <i>Type of Claim</i>	
<input type="checkbox"/> Rawat Inap <input type="checkbox"/> Rawat Jalan <input type="checkbox"/> Pra/Pasca Rawat Inap <input type="checkbox"/> Benefit Kematian terkait Asuransi Kesehatan <i>Inpatient Care Outpatient Care Pre-/Post-Inpatient Care Death Benefit related to Health Insurance</i> <input type="checkbox"/> Kehamilan/Melahirkan <input type="checkbox"/> Santunan Harian <input type="checkbox"/> Gigi <input type="checkbox"/> Santunan Penyakit Kritis Katastropik <i>Pregnancy/Childbirth Daily Compensation Dental care Catastrophic Critical Illness Compensation</i> <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Kesehatan <input type="checkbox"/> Koordinasi Manfaat <input type="checkbox"/> Lainnya, <i>Medical Check-up Coordination of Benefits Other</i>	
APABILA DISEBABKAN KARENA KECELAKAAN, MOHON SEBUTKAN TANGGAL TERJADINYA KECELAKAAN TERSEBUT? (TANGGAL/BULAN/TAHUN) DAN SEBUTKAN KRONOLOGIS TERJADINYA KECELAKAAN. <i>IF IT IS DUE TO AN ACCIDENT, PLEASE SPECIFY THE DATE OF THE ACCIDENT (DD/MM/YYYY) AND THE CHRONOLOGY THEREOF.</i>	
ASURANSI KESEHATAN KUMPULAN TANDA TANGAN PESERTA <i>GROUP HEALTH INSURANCE PARTICIPANT'S SIGNATURE</i> Nama : <i>Name</i> Tanggal : <i>Date</i>	KELENGKAPAN DOKUMEN: <i>DOCUMENTS REQUIRED:</i> 1. Formulir Klaim yang lengkap <i>Completely filled-out Claim Form</i> 2. Rincian Biaya <i>Detail of Costs and Expenses</i> 3. Salinan Hasil Tes Diagnostik <i>Copy of Diagnostic Test Results</i> 4. Asli Kuitansi Pembayaran <i>Original Receipt of Payment</i> 5. Salinan Resep <i>Copy of Prescription</i> 6. Fotokopi halaman pertama Buku tabungan yang masih berlaku <i>Copy of the first page of valid Passbook</i> 7. Surat rujukan dokter untuk pengobatan ke dokter spesialis atau rujukan pemeriksaan penunjang diagnostik dan fisioterapi <i>Referral letter to specialist(s) or referral letter for supporting diagnostic and physiotherapeutic examination</i>
PERHATIAN <i>ATTENTION</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dalam hal terdapat perubahan, penambahan, pengurangan, perbaikan, ralat dan/atau penarikan ("Perubahan") terhadap suatu informasi dan/atau diagnosa Dokter yang merawat, maka Anda wajib menyampaikan Surat Keterangan Dokter dan dokumen pendukung medis lainnya berupa hasil laboratorium, <i>Magnetic Resonance Imaging (MRI)</i>, CT Scan, rontgen, dan/atau Elektrokardiogram (EKG) yang membuktikan bahwa Perubahan tersebut benar dan sesuai. <i>In the event of change, addition, omission, revision, correction, and/or revocation ("Change") of information and/or attending Physician's diagnosis, you are required to submit a Physician's Letter of Statement and other supporting medical documents, i.e. results of laboratory tests, Magnetic Resonance Imaging (MRI), CT Scan, X-ray, and/or Electrocardiogram (ECG) which prove that such Change is true and accurate.</i> ▪ SETIAP ORANG YANG MEMPERGUNAKAN SURAT KETERANGAN DOKTER YANG TIDAK BENAR ATAU PALSU DAPAT DIANCAM DENGAN HUKUMAN PIDANA BERDASARKAN KITAB UNDANG-UNDANG HUKUM PIDANA. <i>ANY PERSON SUBMITTING A PHYSICIAN'S LETTER OF STATEMENT THAT IS FALSE OR FAKE MAY FACE CRIMINAL PENALTIES IN ACCORDANCE WITH THE INDONESIAN CRIMINAL CODE.</i> 	

PERNYATAAN DOKTER <i>PHYSICIAN'S STATEMENT</i>													
Tanggal Masuk : ____/____/____ (tgl/bln/thn) <i>Admission Date (dd/mm/yyyy)</i>	Tanggal Keluar: ____/____/____ (tgl/bln/thn) <i>Discharge Date (dd/mm/yyyy)</i>												
APAKAH ANDA DOKTER KELUARGA PASIEN TERSEBUT ? ARE YOU THE PATIENT'S FAMILY PHYSICIAN?	<input type="checkbox"/> YA, SEJAK ____/____/____ (TGL/BLN/THN) <i>YES, SINCE (dd/mm/yyyy)</i> <input type="checkbox"/> TIDAK <i>NO</i>												
APAKAH ANDA MEMILIKI HUBUNGAN KELUARGA DENGAN PASIEN ? ARE YOU A RELATIVE OF THE PATIENT?	<input type="checkbox"/> IYA, JENIS HUBUNGAN _____ <i>YES, TYPE OF RELATIONSHIP</i> <input type="checkbox"/> TIDAK <i>NO</i>												
DIAGNOSIS MASUK : <i>ADMITTING DIAGNOSIS</i> KODE DIAGNOSIS ICD X : <i>ICD-10 DIAGNOSIS CODE</i>	DIAGNOSIS KELUAR : <i>DISCHARGE DIAGNOSIS:</i> DIAGNOSIS UTAMA DAN KODE DIAGNOSIS ICD X : <i>PRIMARY DIAGNOSIS AND ICD-10 DIAGNOSIS CODE:</i> DIAGNOSIS PENYERTA DAN KODE DIAGNOSIS ICD X : <i>SECONDARY DIAGNOSIS AND ICD-10 DIAGNOSIS CODE:</i>												
PENYAKIT BERHUBUNGAN DENGAN: <i>THE ILLNESS IS RELATED TO:</i> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> KOSMETIK <i>COSMETICS</i> </td> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> KESUBURAN <i>FERTILITY</i> </td> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> KELAINAN BAWAAN <i>CONGENITAL DISORDER</i> </td> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> GANGUAN TUMBUH KEMBANG <i>DEVELOPMENTAL DISORDER</i> </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> KEHAMILAN <i>PREGNANCY</i> </td> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> KEJIWAAN <i>MENTALSTATE</i> </td> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> PENGobatan KESUBURAN <i>FERTILITY TREATMENT</i> </td> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> PENYAKIT AKIBAT HUBUNGAN SEKSUAL <i>SEXUALLY TRANSMITTED DISEASE</i> </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> PENYALAHGUNAAN OBAT <i>DRUG ABUSE</i> </td> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> HIV – AIDS <i>HIV – AIDS</i> </td> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> LAINNYA, SEBUTKAN <i>OTHER, SPECIFY</i> </td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> KOSMETIK <i>COSMETICS</i>	<input type="checkbox"/> KESUBURAN <i>FERTILITY</i>	<input type="checkbox"/> KELAINAN BAWAAN <i>CONGENITAL DISORDER</i>	<input type="checkbox"/> GANGUAN TUMBUH KEMBANG <i>DEVELOPMENTAL DISORDER</i>	<input type="checkbox"/> KEHAMILAN <i>PREGNANCY</i>	<input type="checkbox"/> KEJIWAAN <i>MENTALSTATE</i>	<input type="checkbox"/> PENGobatan KESUBURAN <i>FERTILITY TREATMENT</i>	<input type="checkbox"/> PENYAKIT AKIBAT HUBUNGAN SEKSUAL <i>SEXUALLY TRANSMITTED DISEASE</i>	<input type="checkbox"/> PENYALAHGUNAAN OBAT <i>DRUG ABUSE</i>	<input type="checkbox"/> HIV – AIDS <i>HIV – AIDS</i>	<input type="checkbox"/> LAINNYA, SEBUTKAN <i>OTHER, SPECIFY</i>	
<input type="checkbox"/> KOSMETIK <i>COSMETICS</i>	<input type="checkbox"/> KESUBURAN <i>FERTILITY</i>	<input type="checkbox"/> KELAINAN BAWAAN <i>CONGENITAL DISORDER</i>	<input type="checkbox"/> GANGUAN TUMBUH KEMBANG <i>DEVELOPMENTAL DISORDER</i>										
<input type="checkbox"/> KEHAMILAN <i>PREGNANCY</i>	<input type="checkbox"/> KEJIWAAN <i>MENTALSTATE</i>	<input type="checkbox"/> PENGobatan KESUBURAN <i>FERTILITY TREATMENT</i>	<input type="checkbox"/> PENYAKIT AKIBAT HUBUNGAN SEKSUAL <i>SEXUALLY TRANSMITTED DISEASE</i>										
<input type="checkbox"/> PENYALAHGUNAAN OBAT <i>DRUG ABUSE</i>	<input type="checkbox"/> HIV – AIDS <i>HIV – AIDS</i>	<input type="checkbox"/> LAINNYA, SEBUTKAN <i>OTHER, SPECIFY</i>											
KELUHAN UTAMA DAN KRONOLOGIS : <i>MAIN SYMPTOMS AND CHRONOLOGY</i>													
KELUHAN TAMBAHAN : <i>ADDITIONAL SYMPTOMS</i>													
ADAKAH PENYAKIT/KELUHAN LAIN YANG BERHUBUNGAN DENGAN KONDISI SEKARANG ? JIKA YA, MOHON SEBUTKAN DAN SEJAK KAPAN ? <i>ARE THERE OTHER ILLNESSES/SYMPTOMS RELATED TO THE CURRENT CONDITION? IF SO, PLEASE SPECIFY THEM AND THE TIME THEY FIRST OCCURRED.</i>													
SEJAK KAPAN PASIEN MENGALAMI KELUHAN / GEJALA TERSEBUT? <i>SINCE WHEN HAS THE PATIENT EXPERIENCED SUCH SYMPTOMS?</i>													
MENURUT DOKTER, PERNAHKAH PASIEN MENGALAMI KONDISI YANG SAMA SEBELUM TANGGAL PENGobatan? JIKA YA, MOHON SEBUTKAN (TGL/BLN/THN) <i>HAD THE PATIENT UNDERGONE THE SAME CONDITION BEFORE THE DATE OF TREATMENT? IF SO, PLEASE SPECIFY THE DATE (DD/MM/YYYY).</i>													

APAKAH PASIEN MERUPAKAN RUJUKAN DARI DOKTER LAIN? JIKA IYA, MOHON SEBUTKAN NAMA DOKTER DAN/ATAU RUMAH SAKIT / KLINIK
DID ANOTHER PHYSICIAN MAKE A REFERRAL FOR THE PATIENT? IF SO, PLEASE SPECIFY THE PHYSICIAN'S NAME AND/OR THE HOSPITAL/CLINIC.

JIKA MEMERLUKAN RAWAT INAP, APAKAH INDIKASI MEDIS DILAKUKAN RAWAT?
IF INPATIENT CARE IS REQUIRED, WHAT ARE THE INDICATIONS THAT LEAD TO SUCH DECISION?

APAKAH DIAGNOSIS TERSEBUT DAPAT TERJADI DALAM WAKTU SINGKAT? MOHON BERIKAN PENDAPAT DOKTER BERDASARKAN LITERATUR MEDIS DAN PENGALAMAN PROFESIONAL DOKTER
CAN SUCH ILLNESS, BASED ON THE DIAGNOSIS, OCCUR IN A SHORT AMOUNT OF TIME? PLEASE GIVE YOUR OPINION ACCORDING TO MEDICAL LITERATURE AND YOUR OWN PROFESSIONAL EXPERIENCE.

BERAPA LAMA PENYEBAB DARI KELUHAN TERSEBUT DIPERKIRAKAN SUDAH ADA? MOHON SEBUTKAN PERKIRAAN WAKTU DALAM BULAN
BASED ON YOUR ESTIMATION, SINCE WHEN HAS THE CAUSE OF THE SYMPTOMS BEEN PRESENT? PLEASE STATE THE ESTIMATION IN MONTH.

PEMERIKSAAN FISIK DAN PENUNJANG
PHYSICAL AND SUPPORTING EXAMINATION

TERAPI & JENIS TINDAKAN (ICD 9-CM)
THERAPY & TYPE OF PROCEDURE (ICD-9-CM)

INFORMASI DOKTER YANG MERAawat :
ATTENDING PHYSICIAN'S INFORMATION

Nama :
Name

SIP Dokter :
Physician's Medical License No.

No. Telp :
Phone No

Email :
Email

PERNYATAAN DOKTER YANG MERAawat:
ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT

Tanda tangan dan Stempel
Signature and Stamp

Informasi dan/atau keterangan yang Saya berikan pada Formulir Klaim Asuransi Kesehatan Kumpulan ini adalah benar, sesuai kondisi pasien pada saat dilakukan perawatan, dan sesuai dengan bidang keilmuan yang saya ketahui sebagai dokter. Dalam hal terdapat perubahan, penambahan, pengurangan, perbaikan, ratat dan/atau penarikan ("Perubahan") terhadap suatu informasi dan/atau keterangan pada Formulir Klaim Asuransi Kesehatan Kumpulan yang berkaitan dengan diagnosa, maka Perubahan tersebut wajib didukung oleh Surat Keterangan Dokter dan dokumen pendukung medis lainnya berupa hasil laboratorium, Magnetic Resonance Imaging (MRI), CT Scan, rontgen, dan/atau Elektrokardiogram (EKG) yang membuktikan bahwa Perubahan tersebut benar dan sesuai.

Tanggal :
Date

The information and/or statement I provide on this Group Health Insurance Claim Form is true, consistent with the patient's condition at the time of treatment, and conformable to the discipline that I have knowledge of as a physician. In the event of change, addition, omission, revision, correction, and/or revocation ("Change") of any information and/or statement on this Group Health Insurance Claim Form related to diagnosis, such Change must be accompanied by a Physician's Letter of Statement and other supporting medical documents, i.e. results of laboratory tests, Magnetic Resonance Imaging (MRI), CT Scan, X-ray, and/or Electrocardiogram (ECG) which prove that such Change is true and accurate.

PERHATIAN:

ATTENTION:

DOKTER YANG MEMBERI SURAT KETERANGAN TENTANG KEADAAN KESEHATAN (TERMASUK MENGENAI ADA ATAU TIDAK ADANYA PENYAKIT, KELEMAHAN ATAU CACAT) ATAU KEMATIAN SESEORANG YANG TIDAK SESUAI DENGAN KEADAAN SEBENARNYA DAPAT DIANCAM DENGAN HUKUMAN PIDANA BERDASARKAN KITAB UNDANG-UNDANG HUKUM PIDANA.

ANY PHYSICIAN PROVIDING A LETTER OF STATEMENT ON THE HEALTH (INCLUDING ON THE PRESENCE OR ABSENCE OF DISEASE, INFIRMITY, OR DISABILITY) OR DEATH OF SOMEONE THAT IS NOT CONSISTENT WITH THE ACTUAL CONDITION MAY FACE CRIMINAL PENALTIES IN ACCORDANCE WITH THE INDONESIAN CRIMINAL CODE.

*Formulir dua Bahasa dapat diunduh pada:

Bilingual form can be downloaded in:

<https://www.allianz.co.id/layanan/klaim1/klaim-asuransi-allianz-life/cara-klaim-asuransi-kesehatan-individu-dan-kumpulan.html>