

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

Formulir klaim ini harus diisi lengkap dan diserahkan ke PT. Allianz Life Indonesia dalam waktu 30 (tiga puluh) hari setelah tanggal perawatan / pelayanan kesehatan dengan kuitansi asli serta rincian dari semua biaya perawatan.

This Claim Form must be completely filled and sent to PT. Allianz Life Indonesia within 30 (thirty) days after Date of Service along with original invoice and details of the payment.

Nama Peserta : _____ Jenis Kelamin : ☐ Pria ☐ Wanita
Member's name Sex Male Female

No. Polis : _____ No. Peserta : _____
Policy No. Membership No.

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

Hubungan Pasien dengan Peserta : ☐ Diri Sendiri ☐ Suami ☐ Istri ☐ Anak
Patient's Status Self Husband Wife Child

Jenis klaim : ☐ Rawat Inap ☐ Pre-Post Rawat Inap ☐ Rawat Jalan
Type of Claim Hospitalization Pre-Post Hospitalization Out Patient

Alamat : _____
Address

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

No. Rekening & Bank : _____
Bank & Account No.

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 berdasarkan ketentuan perundang-undangan yang berlaku. Saya juga menyadari bahwa salinan Pernyataan Pemberian Kuasa dari Karyawan ini dapat berlaku sebagaimana aslinya.

I hereby give the authority to PT Allianz Life Indonesia in order to gather further information / medical record from the Hospital and or other parties related to the diagnosis and or health services that given to me or my family which are needed to process the claim according to the valid regulations. I hereby agreed that this Letter of Authority to be used promptly.

Seluruh keterangan yang tercantum dalam Formulir Klaim Asuransi Kesehatan Individu ini ditulis dengan benar.

All information in this Individual Health Insurance Claim Form was written truly.

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

(_____)
(Nama Jelas / Name)

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 ☐ Pre-Post Rawat Inap ☐ Rawat Jalan
 Type of Service : ☐ Hospitalization ☐ Pre-Post Hospitalization ☐ Out Patient

A. ANAMNESA / ANAMNESIS

- Keluhan utama dan atau tambahan :
Chief complain and or other complains

- Sejak kapan pasien mengalami keluhan / gejala tersebut ? :
Since when the patient has the complains / symptom ?

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

B. PEMERIKSAAN FISIK PHYSICAL EXAMINATION

C. PEMERIKSAAN PENUNJANG OTHER EXAMINATIONS

D. DIAGNOSA / DIAGNOSIS

- Apakah diagnosa penyakit tersebut berhubungan dengan / Is the diagnosis related to :
- Kelainan Bawaan atau Turunan / Congenital or Hereditary Disease : ☐ Ya/Yes ☐ Tidak/No
 - Kesuburan atau Ketidaksuburan / Fertility or Infertility : ☐ Ya/Yes ☐ Tidak/No
 - Kehamilan / Maternity : ☐ Ya/Yes ☐ Tidak/No

E. TERAPI / THERAPY

F. TINDAKAN / MEDICAL PROCEDURE

G. SARAN PENGobatan / MEDICAL ADVICE

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

(_____)
Tanda tangan dan nama jelas Dokter, stempel Klinik/Rumah Sakit
Treating Doctor's Name and Signature with Hospital's/Clinic's stamp