

Formulir Klaim Rawat Jalan

Bag 1. Diisi oleh Pasien/Peserta

Nama Perusahaan/*Policy Holder* _____

No. Polis/*Policy Number* _____

Nama Karyawan/*Name of Employee* _____

Nama lengkap Pasien/*Name of Patient* _____

No. Peserta Asuransi/*Member Number* _____

Status Pasien Karyawan Istri/Suami Anak
Patient Status Employee Spouse Child

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut di atas dengan jujur, lengkap dan benar. Dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap dokter, tenaga medis rumah sakit, klinik, puskesmas, laboratorium, perusahaan asuransi, perusahaan reasuransi dan badan hukum, perorangan, instansi / lembaga atau organisasi lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan kesehatan saya untuk memberitahukan, memberikan informasi / data / dokumen kepada PT. Astra Aviva Life atau mereka yang diberi kuasa atau kewenangan olehnya, segala keterangan mengenai diri dan catatan riwayat kesehatan saya sehubungan dengan pertanggung jawaban dan pelayanan Asuransi serta segala hal yang berkaitan dengannya sesuai dengan kebutuhan PT Astra Aviva Life. Untuk pelaksanaan kuasa ini saya/kami dengan ini melepaskan ketentuan-ketentuan dalam pasal 1813, 1814, dan 1816 Kitab Undang Undang Hukum Perdata Indonesia tentang berakhirnya kuasa. Copy dari pernyataan ini sama kuat dan sah seperti aslinya// *I declare that I have read, understood and answered all the questions above honestly, completely and correctly. I hereby authorize any physician, clinic, hospital, public health center, laboratory, insurance company, legal institution, personal or other organization that has any records or information on the health of the insured person to inform PT. Astra Aviva Life or its authorized party, about any explanation about my health-condition in accordance with insurance coverage and services and all things related to it that meets the requirement of PT Astra Aviva Life. For the execution of this power I / we hereby waive the provisions of section 1813, 1814, and 1816 of the Indonesian Civil Code to the termination power. A photographic copy of this statement should be as valid and legal as the original.*

Nama & Tanda tangan pasien / karyawan
Name, signature of employee / insured person

Bag 2. Diisi oleh Dokter yang memeriksa

Tanggal pelayanan/*Date of treatment* _____

Anamnesa/*Anamnesa* _____

Pemeriksaan fisik/*Physical examination* _____

Diagnosis/*Diagnosis* _____

Penyebab diagnosis/*Cause of diagnosis* Kelainan Bawaan / Herediter Gangguan Hormonal /
Congenital / Hereditary Disease Hormonal Imbalance
 Penyakit Hubungan Sexual / Kosmetik /
Sexual transmitted Disease Cosmetics
 Gigi & komplikasinya / Mental Disorder /
Dental & complications Mental Disorder
 Lainnya/*Others:* _____

Hasil Laboratorium/*Laboratory result* _____

Terapi/*Treatment* _____

Saya, dokter yang merawat /memeriksa, dengan ini menyatakan keterangan tersebut di atas lengkap dan benar /
I declare that the information above is true and complete to the best of my knowledge and belief.

Stempel, Nama, Tanda Tangan & Alamat Dokter
Stamp, Name, signature & address of physician

Petunjuk:

- Formulir klaim harus diisi hanya untuk klaim rawat jalan, dan berlaku untuk satu orang pasien saja.
- Formulir klaim ini harus diisi dengan lengkap oleh tertanggung, atau karyawan dalam hal tertanggung berusia kurang dari 18 tahun (bag. 1) , dan dokter yang memeriksa (Bag. 2).
- Semua kuitansi asli harus dilampirkan dengan formulir ini, disertai dengan resume medis lengkap dokter dan dokumen sebagai berikut:
 - 1) Copy surat rujukan pemeriksaan penunjang dari dokter dan / atau copy hasil pemeriksaan penunjang (labolatorium, rontgen, patologi anatomi, dll).
 - 2) Copy resep dokter atau perincian obat-obatan dan detail pemakaian obat.
- Setiap klaim harus diajukan kepada PT. ASTRA AVIVA LIFE dalam waktu selambat-lambatnya 30 hari setelah tanggal pemeriksaan.
- Klaim tidak dapat dibayar untuk keadaan-keadaan yang dikecualikan seperti tercantum dalam ketentuan polis.

Instructions:

- *This claim form shall be completed for outpatient benefit, and use for one patient.*
- *This claim form shall be completed by insured person or employee if the insured person less than 18 years old (Part. 1), and the attending physician (Part. 2).*
- *All original bills and receipts must be attached to this claim form together with the following documents:*
 - 1) *Copies of referral diagnostic test from physician and or copies of all diagnostic test (laboratory, pathology anatomy, x ray, etc).*
 - 2) *Copy or details of a prescription medicine and detailed use of drugs.*
- *Any claim shall be submitted to PT. ASTRA AVIVA LIFE within 30 days from hospital discharge.*
- *No benefit are payable for expenses related to the exclusions listed in the Provisions.*