

**FORMULIR KLAIM RAWAT INAP  
ASURANSI KESEHATAN KUMPULAN  
(GROUP HEALTH INSURANCE - INPATIENT CLAIM FORM)**

Nama Perusahaan : \_\_\_\_\_ Tanggal Pelayanan : \_\_\_\_\_  
*Name of Company Date of Service*

Nama Pasien : \_\_\_\_\_ Tempat Pelayanan : \_\_\_\_\_  
*Name of Patient Place of Service*

No. Peserta Pasien : \_\_\_\_\_ Hubungan Pasien dengan Karyawan :  Sendiri  Suami  Isteri  Anak  
*No. of Patient Member Patient's Status Self Husband Wife Child*

Jenis Klaim :  Rawat Inap  Operasi Bedah 1 Hari  Melahirkan  Kematian  
*Type of Claim Inpatient One Day Care Surgery Maternity Death*

**Catatan (alasan pelayanan medis dengan reimbursement bila Peserta berhak menggunakan fasilitas Cashless):**  
**Note (reason for reimbursement claim if the Participant eligible for Cashless facility) :**

**PERNYATAAN PEMBERIAN KUASA DARI KARYAWAN  
LETTER OF AUTHORITY**

Bersama ini Saya memberi kuasa kepada / I hereby authorize to :

- Dokter, Rumah Sakit/Klinik maupun institusi pelayanan medis lainnya untuk memberikan keterangan dan/atau catatan medis, sehubungan dengan diagnosa dan/atau pelayanan medis yang diberikan kepada Saya atau keluarga Saya yang menjadi Tertanggung, dan  
*Physician, Hospital/Clinic or any other medical institution to give the information and/or medical record, according to the diagnosis and/or medication treatment which given to me or my family which being as the Insured, and*
- 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 keluarga Saya yang menjadi Tertanggung, yang mana akan digunakan untuk memproses klaim sesuai dengan ketentuan polis yang berlaku.  
*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 policy and term conditions.*

Seluruh keterangan yang tercantum dalam Formulir Klaim Rawat Inap Asuransi Kesehatan Kumpulan ini ditulis dengan benar dan Saya menyadari bahwa salinan Pernyataan Pemberian Kuasa dari Karyawan ini dapat berlaku sebagaimana aslinya.  
*All information in this Group Health Insurance Outpatient Claim Form was written truthfully and I hereby agree that this Letter of Authority to be used promptly.*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (Tempat/Tanggal)  
 (Place/Date)

( \_\_\_\_\_ )  
 (Nama Jelas & Tandatangan Karyawan atau Peserta /  
 Name & Signature of Employee or Member)

**WAJIB melampirkan kelengkapan dokumen/MUST submitted with documents :**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Formulir Klaim yang diisi lengkap / Claim Form which is already fill in completely                                      | <input type="checkbox"/> Kuitansi Pembayaran Asli / Original Payment Receipt  |
| <input type="checkbox"/> Rincian Biaya / Detail Cost   | <input type="checkbox"/> Salinan Resep / Copy of prescription   |
| <input type="checkbox"/> Salinan Tes Diagnostik (Laboratorium, Hasil X-Rays, dll)<br>Copy of the Diagnostic Test (Laboratory Result, X-Ray, etc) | <input type="checkbox"/> Tax Invoice atau Official Receipt / Tax Invoice or Original Receipt<br>(untuk perawatan di luar negeri / for overseas treatment) |

**RESUME MEDIS**  
**MEDICAL RESUME**  
(wajib diisi oleh Dokter/*must fill in by Physician*)

- ANAMNESA / ANAMNESIS**
- Keluhan utama dan/atau tambahan :  
*Main 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.*

---

**DIAGNOSA / DIAGNOSE** : \_\_\_\_\_

**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>Pregnancy</i>   | <input type="checkbox"/> Ya/ Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/ No |
| - Kosmetik / <i>Cosmetic</i>   | <input type="checkbox"/> Ya/ Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/ No |
| - Kejiwaan / <i>Mental Disorder</i>                                      | <input type="checkbox"/> Ya/ Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/ No |

**PEMERIKSAAN FISIK / PHYSICAL EXAMINATION**

---



---



---

**PEMERIKSAAN PENUNJANG / OTHER EXAMINATIONS**

---



---



---

**TERAPI / THERAPY :**

---



---



---

**TINDAKAN / MEDICAL PROCEDURE :**

---



---



---

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (Tempat/Tanggal)  
(Place/Date)

(\_\_\_\_\_  
(Nama Jelas & Tandatanganan Dokter, stempel Rumah Sakit/Klinik  
*Name & Signature of Physician, with Hospital/Clinic's stamp*)

**WAJIB melampirkan kelengkapan dokumen/ MUST submitted with documents :**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Formulir Klaim yang diisi lengkap / <i>Claim Form which is already fill in completely</i>                                      | <input type="checkbox"/> Kuitansi Pembayaran Asli / <i>Original Payment Receipt</i>  |
| <input type="checkbox"/> Rincian Biaya / <i>Detail Cost</i>   | <input type="checkbox"/> Salinan Resep / <i>Copy of prescription</i>   |
| <input type="checkbox"/> Salinan Tes Diagnostik (Laboratorium, Hasil X-Rays, dll)<br><i>Copy of the Diagnostic Test (Laboratory Result, X-Ray, etc)</i> | <input type="checkbox"/> Tax Invoice atau Official Receipt / <i>Tax Invoice or Original Receipt</i><br>(untuk perawatan di luar negeri / <i>for overseas treatment</i> ) |