

FORMULIR KLAIM ASURANSI KESEHATAN HEALTH INSURANCE CLAIM FORM

Formulir klaim ini harus diisi lengkap, ditandatangani oleh Peserta atau Pemegang Polis yang berhak dan diterima oleh PT Asuransi Reliance Indonesia sebelum 30(tiga puluh) hari setelah tanggal perawatan/pelayanan kesehatan. Lengkapi Formulir Klaim dengan data sebenarnya, ditandatangani oleh dokter yang merawat dan keterangan nomor SIP dokter, serta lampirkan kuitansi pembayaran asli, salinan hasil laboratorium, test diagnostik, rontgens, resume medis dan lain-lain yang berkaitan dengan perawatan termasuk didalamnya copy resep, yang lengkap dengan alamat dan nomor telpon rumah sakit/klinik dan cap rumah sakit/klinik.

Formulir Klaim yang tidak lengkap tidak dapat diproses. Untuk Klaim Rawat Inap, lampirkan copy hasil resume medis (medical record) dari rumah sakit/klinik/Puskesmas.

This Claim Form must be completed in full, signed by the eligible member of Policy Holder and received by PT Asuransi Reliance Indonesia within 30(thirty) days after the date of services. Please complete this Claim Form with actual data, signed by attending physician, completed with physician SIP number, and attached with original payment receipt, copies of the laboratory results, diagnostic test, x-rays, medical resume and others relating to the treatment including a copy of the prescription, with hospital/clinic's address and phone number and stamped by hospital/clinic.

Uncomplete Claim Form can not be processed. For Inpatient Claim, please attach copies of the medical resume (medical record) from hospital/clinic/public health center.

| INFORMASI PASIEN diisi oleh Peserta | | to be filled by member PATIENT INFORMATION | |
|---|---|---|--|
| Nama Perusahaan Company Name | | Nomor Polis Policy Number | |
| Nama Peserta Patient Name | Nama Karyawan Employee Name | Nomor Peserta Membership Number | |
| Tanggal Lahir Date of Birth dd/mm/yy | Jenis Kelamin Gender <input type="checkbox"/> Pria Male <input type="checkbox"/> Wanita Female | Hubungan Relationship <input type="checkbox"/> Istri Wife <input type="checkbox"/> Suami Husband <input type="checkbox"/> Anak Child | |

| INFORMASI PELAYANAN | | SERVICE INFORMATION | |
|---|--|--|-------------------------------------|
| Jenis Pelayanan Service Type <input type="checkbox"/> Rawat Inap Hospitalization <input type="checkbox"/> Rawat Pra/Pasca Melahirkan Pre/Post Maternity <input type="checkbox"/> Rawat Pra/Pasca Rawat Inap Pre/Post Hospitalization <input type="checkbox"/> Dokter Umum General Practitioner <input type="checkbox"/> Melahirkan Maternity <input type="checkbox"/> Dokter Spesialis Specialist Doctor <input type="checkbox"/> Dokter Gigi Dentist | | Nama Rumah Sakit/Klinik Hospital/Clinic Name | |
| | | Tanggal Masuk Date of Admission | Tanggal Keluar Date of Discharge |

| KETERANGAN DOKTER diisi oleh Dokter yang merawat | | to be filled by attending physician PHYSICIAN INFORMATION | |
|--|--|--|---|
| Anamnesa Anamnesis | | | |
| Pemeriksaan Fisik & Penunjang Medis Physical Examination & Supporting Diagnostic Examination | | | |
| Tindakan/Terapi Procedure/Medication | | | |
| Diagnosa Masuk First Diagnosis | | Diagnosa Keluar Final Diagnosis | |
| Apakah diagnosa penyakit tersebut berhubungan dengan: Is the diagnosis related to: | | | |
| <input type="checkbox"/> Kesuburan/Ketidaksuburan Fertility/Infertility | <input type="checkbox"/> Hormonal Hormonal | <input type="checkbox"/> Kosmetika Cosmetic | <input type="checkbox"/> Kehamilan Maternity |
| <input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan/Keturunan Congenital/Hereditary | <input type="checkbox"/> Kejiwaan/Psikosomatis Psychiatric/psychosomatic | <input type="checkbox"/> Penyakit menular seksual Sexually transmitted disease | <input type="checkbox"/> Tidak termasuk semuanya Others |

| PERNYATAAN PEMBERIAN KUASA | | AUTHORIZATION | |
|---|--|--|--|
| Dengan ini saya memberi kuasa kepada PT. Asuransi Reliance Indonesia untuk mendapatkan data medis maupun riwayat kesehatan saya dari rumah sakit/klinik/dokter sejauh diperlukan untuk menilai klaim ini. Saya juga memberi kuasa kepada PT. Asuransi Reliance Indonesia, untuk menginformasikan rincian klaim atau perawatan kepada perusahaan tempat saya bekerja, jika perawatan yang saya terima merupakan bagian dari manfaat Program Kesehatan Karyawan; dan kepada perusahaan Asuransi, jika klaim ini termasuk manfaat yang dijaminan polis Asuransi. Jika batas pengobatan melebihi batas manfaat yang saya miliki, maka saya bersedia membayar kelebihan biaya yang terjadi. PT Asuransi Reliance Indonesia tidak menjamin obat yang mempunyai efek penenang, vitamin tunggal atau vitamin sejenis lebih dari satu, produk yang dibeli secara bebas atau tidak diperlukan secara medis seperti: sabun, shampoo, balsam, dll serta obat kosmetik. | | I hereby authorize PT. Asuransi Reliance Indonesia to get my medical data or my medical record needed to analyze my claim from health provider/hospital/physician. And I also authorize PT. Asuransi Reliance Indonesia to inform the claim or medical care to my working place, if the medical care I have received is a part of employees health program benefit; and to insurance company, if the claim is included in benefit that was covered by insurance policy. If the treatment cost over my benefit limit, I will pay the excess of the benefit. PT. Asuransi Reliance Indonesia shall not guarantee drugs that have side effect as sedative, stand alone vitamin and more than one vitamin that have same purpose, products which are bought over the counter or which are not medically required such as: soap, shampoo, balm, etc. and cosmetics's medicine. | |
| Ditandatangani di Signed at | Nama Pasien Patient Name | Tanda tangan, Nama dan SIP Dokter yang merawat Attending Physician's Signature, Name, and SIP Number | |
| Tanggal Date dd/mm/yy | Tanda tangan Pasien/Wali/Orang tua Pasien Patient/Ward/Parent signature | | |