

FORMULIR KLAIM ASURANSI KESEHATAN - REIMBURSEMENT HEALTH INSURANCE REIMBURSEMENT 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, nomor SIP Dokter, alamat, dan nomor telepon rumah sakit/klinik dan cap rumah sakit/klinik serta lampirkan kuitansi pembayaran asli, salinan hasil laboratorium, test diagnostik, *rontgens*, resume medis dan lain-lain yang berkaitan dengan perawatan termasuk didalamnya copy resep.
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 or 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, physician's license number, hospital/clinic's address and phone number and stamped by hospital/clinic 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.
Incomplete 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 Jalan Outpatient <input type="checkbox"/> Melahirkan Maternity <input type="checkbox"/> Rawat Gigi Dentist <input type="checkbox"/> Kacamata Spectacles <input type="checkbox"/> Santunan Duka Death Benefit	PERNYATAAN PEMBERIAN KUASA Saya menyatakan bahwa saya telah membaca dan menjawab pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar tanpa paksaan dari pihak manapun. Dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, perusahaan asuransi dan badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan kesehatan saya untuk memberitahukan kepada PT Asuransi Reliance Indonesia atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan saya. Copy dari pernyataan ini sama kuat dan sahnyanya seperti asli. 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.	AUTHORIZATION I declare that I have read and answered all the questions above completely and truthfully without force from anyone. I hereby authorize any physician, hospital, clinic, public health center, insurance company and corporation, individual or other organization that have my medical data or medical record to inform to PT Asuransi Reliance Indonesia or others that were given authority by them, any information of data about me and my health condition. Copy of this statement should be as valid and legal as the original. 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	Peserta Member	Karyawan/Karyawati Employee
Tanggal Date dd/mm/yy	Nama Name	Nama Name

KETERANGAN DOKTER diisi oleh Dokter yang merawat to be filled by attending physician PHYSICIAN INFORMATION

Lokasi Pelayanan Health Provider Location <input type="checkbox"/> Praktek Pribadi Private Practice <input type="checkbox"/> Klinik Clinic <input type="checkbox"/> Rumah Sakit Hospital	Nama Dokter Physician Name	Nama Rumah Sakit/Klinik Hospital/Clinic Name
	Alamat Address	
	Kota City	No. Telepon Phone No No. Fax Fax No
Anamnesa Anamnesis		
Pemeriksaan Fisik & Penunjang Medis Physical Examination & Supporting Diagnostic Examination		
Tindakan/Terapi Procedure/Medication		
Diagnosa Masuk First Diagnose	Diagnosa Keluar Final Diagnose	
Apakah diagnosa penyakit tersebut berhubungan dengan: Is the diagnose 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
Ditandatangani di Signed at	Nama Dokter yang merawat Attending Physician's Name	
Tanggal Date dd/mm/yy	Tanda tangan dan cap Rumah Sakit/Klinik Hospital/Clinic signature and stamp	