

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 telpon 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 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, 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 cannot 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 Glasses <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 sahnya 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 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 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				
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		