

## Formulir Klaim Rawat Jalan/Outpatient Claim Form

### Petunjuk/Instructions

- Formulir Klaim ini hanya untuk klaim Rawat Jalan, dan berlaku hanya untuk satu orang pasien saja.  
*This Claim Form is only for Outpatient claims, and is valid for one patient only.*
- 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).  
*This Claim Form must be completed by the insured person or the employee if the insured person is less than 18 years old (part 1) and the attending physician (part 2).*
- Semua kuitansi asli harus dilampirkan pada Formulir Klaim ini, disertai dengan resume medis lengkap dokter dan dokumen sebagai berikut:  
*All original receipts must be attached to this Claim Form together with complete medical resume and the following documents:*
  - Copy surat rujukan pemeriksaan penunjang dari dokter dan atau copy hasil pemeriksaan penunjang (laboratorium, rontgen, patologi anatomi, dll);  
*Copies of referral for diagnostic tests from physician and or copies of all diagnostic tests (laboratory, pathology anatomy, x-ray, etc);*
  - Copy resep dokter atau perincian obat-obatan dan detail pemakaian obat.  
*Copies of details of prescribed medicines and detailed use of drugs.*
- Setiap klaim harus diajukan kepada PT FWD Insurance Indonesia (FWD Insurance) dalam waktu selambat-lambatnya 30 hari setelah tanggal pemeriksaan.  
*Any claim shall be submitted to PT FWD Insurance Indonesia (FWD Insurance) within 30 days from treatment date.*
- Manfaat tidak dapat dibayarkan untuk keadaan-keadaan yang dikecualikan seperti tercantum dalam ketentuan polis.  
*No benefits are payable for expenses related to the exclusions listed in the policy provisions.*

### Identitas Diri/Personal Identity

Nama Perusahaan/Policy Holder : \_\_\_\_\_

Nomor Polis/Policy Number : \_\_\_\_\_

Nama Karyawan/Name of Employee : \_\_\_\_\_

Nama Lengkap Pasien/Name of Patient : \_\_\_\_\_

Nomor Peserta Asuransi/Member Number : \_\_\_\_\_

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

### Pemberian Kuasa/Power of Attorney

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut di atas dengan jujur, lengkap dan benar.  
Dengan ini saya memberikan kuasa kepada PT FWD Insurance Indonesia untuk memberitahukan dan memberikan segala informasi/data/dokumen medis saya sehubungan dengan pertanggung jawaban asuransi, klaim dan/atau pelayanan asuransi sebagaimana dimaksud dalam formulir ini kepada Pemegang Polis/Perusahaan tempat saya bekerja dan/atau kepada pihak-pihak lain yang ditentukan oleh peraturan perundang-undangan yang berlaku.  
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. Salinan dari pernyataan ini sama kuat dan sahnyanya seperti aslinya.

*I declare that I have read, understood and answered all the questions above honestly, completely and correctly.  
I hereby authorize PT FWD Insurance Indonesia to inform and provide all my medical history related to the insurance coverage and/or services to the Policyholder/company where I work and/or its authorized parties determined by applicable laws and regulations.  
For the implementation of this authorization, I/we hereby waive the provisions of section 1813, 1814 and 1816 of the Indonesian Civil Code about the termination of the delegation of authority.  
A photocopy of this statement should be valid and legal as the original.*

Tempat & Tanggal / Place & Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Tanda Tangan, Nama Jelas Karyawan/Keluarga Karyawan  
Signature, Name of Employee/Employee's Family

### Diisi oleh dokter yang memeriksa/To be completed by the attending physician

Tanggal Pelayanan/Date of Treatment : \_\_\_\_\_

Anamnesa/Anamnesa : \_\_\_\_\_

Pemeriksaan Fisik/Physical Examination : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnosis Utama/Primary Diagnosis : \_\_\_\_\_

Diagnosa Tambahan/Other Diagnosis : \_\_\_\_\_

Penyebab Diagnosis/Cause of Diagnosis :  Kelainan Bawaan/Congenital Diseases/Disorders  Gangguan Hormonal/Hormonal Imbalance  
 Penyakit Hubungan Seksual/Sexually Transmitted Diseases  Kosmetik/Cosmetics  
 Gigi & Komplikasinya/Dental & Complications  Lainnya/Other

Terapi/Treatment : \_\_\_\_\_

Saya, dokter yang merawat/memeriksa pasien, dengan ini menyatakan keterangan tersebut di atas lengkap dan benar.  
*I, the doctor who treated/examined the patient, declare that the information above is true and complete to the best of my knowledge and belief.*  
Tempat & Tanggal/ Place & Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Stempel, Nama, Tanda Tangan & Alamat Dokter  
Stamp, Name, Signature & Address of Physician

PT FWD Insurance Indonesia  
Pacific Century Place, Lantai 20  
SCBD Lot 10, Jl. Jendral Sudirman Kav. 52-53 Jakarta Selatan 12190  
P (+62) 1 500 391 M (+62) 811 189 3910 E cs.id@fwd.com

Bebaskan langkah  
fwdinsurance.co.id/CorporateCare