

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 Life Indonesia (FWD Life) dalam waktu selambat-lambatnya 30 hari setelah tanggal pemeriksaan.
Any claim shall be submitted to PT FWD Life Indonesia (FWD Life) 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/Policyholder : _____

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 diatas dengan jujur, lengkap dan benar. Dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap dokter, tenaga medis, rumah sakit, klinik, puskesmas, laboratorium, perusahaan asuransi, perusahaan reasuransi, dan badan hukum, perorangan, instansi/lembaga atau organisasi lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan kesehatan saya untuk memberitahukan, memberikan informasi/data/dokumen kepada FWD Life atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan catatan riwayat kesehatan saya sehubungan dengan pertanggung jawaban dan pelayanan asuransi, serta segala hal yang berkaitan dengannya sesuai dengan kebutuhan FWD Life. 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 any physician, medical personel, hospital, clinic, public health center, insurance company, reinsurance company, legal institution, personal or other organization that has any records or information on the health of the insured person to inform FWD Life or its authorized party, about any explanation on my health condition in accordance with the insurance coverage and services, and all things related to it that meet the requirements of FWD Life. For the implementation of this authorization, I/we hereby waive the provisions of section 1813, 1814 and 1816 of the Indonesian Civil Code about to 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