

**Form Klaim Rawat Inap, Rawat Bedah & Persalinan**  
**Hospital, Surgical Claim & Maternity Form**



**DIISI OLEH TERTANGGUNG ASURANSI ATAU ORANGTUA PASIEN BILA PASIEN ADALAH ANAK**  
**TO BE FILLED BY THE INSURED OR BY HIS / HER PARENTS FOR MINOR PATIENT**

**DATA KARYAWAN / EMPLOYEE DATA**

Nama Perusahaan / Name of Company : \_\_\_\_\_  
Nama / Name : \_\_\_\_\_  
Nomor Peserta / NIP / Registration Number / EIN : \_\_\_\_\_  
Alamat / No. Telp / Address / Phone No. : \_\_\_\_\_

**DATA PASIEN / PATIENT DATA**

Nama / Name : \_\_\_\_\_  
Nomor Peserta / Registration Number : \_\_\_\_\_  
Tanggal Lahir / Date of Birth : \_\_\_\_\_  
Status Peserta / Relation :  Karyawan Him / Himself  Istri / Suami Wife / Husband  Anak Child  
Jenis Pengajuan / Type of Claim :  Klaim Baru New Claim  Pemenuhan kelengkapan klaim sebelumnya Fulfillment of incomplete previous claim

Jika ada polis asuransi lain yang menutup asuransi atas perawatan ini, harap berikan nama perusahaan asuransi, alamat, nomor teleponnya :  
If another insurance policy cover this case, please state the name of the company, address, and telephone number :

Total Nilai Klaim / Total Amount of Claim : \_\_\_\_\_

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. Saya bersedia untuk membayar eksess klaim yang terjadi apabila terdapat biaya-biaya perawatan yang tidak dijamin dalam ketentuan polis. 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 Zurich Asuransi Indonesia Tbk atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan saya. Copy dari pernyataan ini sama kuat dan sahnya seperti aslinya.  
I hereby declared that I have read, understood and answered any the above question completely and correctly. I hereby agree that I am willing to pay all excess claim amount arising from my treatment if it is not covered or insured under my policy. I also hereby authorized any physician, clinic, hospital, public health center, insurance company and any legal institution, personal or otherwise that have any records or information on my health condition to inform PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk or its authorized party accordingly. A copy of this statement should be regarded as valid and legal as the original.

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

\_\_\_\_\_  
Nama & Tanda Tangan Pasien / Karyawan  
Name & Signature of Patient / Employee

**PETUNJUK PENGAJUAN KLAIM / GUIDELINE OF CLAIM SUBMISSION**

- Formulir ini harus dilengkapi dan hanya berlaku untuk SATU orang pasien dan harus diisi dengan lengkap dan ditandatangani oleh peserta atau orang tua jika pasien adalah anak-anak.  
This Form should be completed for the inpatient claims of ONE patient only and must be fully completed and signed by the insured person or by his/her parents for minor patient.
- Formulir ini harus diisi dengan lengkap, benar, dan jelas.  
This form should be filled in correctly, completely, and clearly.
- Klaim baru dapat diteliti dan diproses lebih lanjut hanya bila semua dokumen pendukung pengajuan klaim telah diisi, dilengkapi, dan dilampirkan. Dokumen pendukung pengajuan klaim meliputi : Surat Jaminan, Formulir Klaim, Kwitansi Asli beserta perinciannya di mana terdapat nama pasien, tanggal perawatan dan biaya perawatan, copy resep obat-obatan, hasil pemeriksaan penunjang diagnostic dan Histopatologi, dan dokumen lain yang diperlukan  
The Claim can only be processed if all supporting documents have been filled in, completed and attached. The Supporting documents shall include : Guarantee Letter, Claim Form, All Original Receipt, bearing the name of the patient, date of treatment and amount charged, detailed report of medical prescription, laboratory / radiology results and Histopathology Report.

PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk  
Graha Zurich, Jalan MT Haryono Kav. 42, Jakarta 12780  
For more information, please contact :  
Zurich Care : 1500 456  
WA : 0812 111 3456  
[www.zurich.co.id](http://www.zurich.co.id)

UNTUK DIISI DENGAN LENGKAP OLEH DOKTER YANG MERAWAT DAN DOKTER BEDAH  
TO BE FILLED IN BY THE ATTENDING DOCTOR OR SURGEON FOR SURGICAL TREATMENT

Saya menerangkan dengan sesungguhnya bahwa saya telah memeriksa penyakit/luka yang diderita pasien tersebut di bawah ini.  
I do certify that I personally examined the sickness/injury sustained by patient mentioned below.

Nama Pasien / Patient's Name : \_\_\_\_\_

Nomor Rekam Medik / Medical Record Number : \_\_\_\_\_

Tanggal Mulai Dirawat / Begin Date : \_\_\_\_\_

Tanggal Pasien Keluar Perawatan / Discharge Date : \_\_\_\_\_

Keluhan Utama / Primary Symptoms : \_\_\_\_\_

Keluhan Tambahan / Other Symptoms : \_\_\_\_\_

Sudah berapa lama keluhan tersebut dirasakan oleh pasien? / How long has the patient suffered from the symptoms? : \_\_\_\_\_

Indikasi Rawat Inap / Indication for Hospitalization : \_\_\_\_\_

Tujuan Perawatan / Physical Examination :  Observasi Observation  Diagnostik Diagnostic  Terapi Therapeutic

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

Diagnosa / Diagnosis : \_\_\_\_\_

Kode ICD X / ICD X Code : \_\_\_\_\_

Terapi / Therapy : \_\_\_\_\_

Apakah pasien pernah mendapatkan perawatan sebelumnya untuk keadaan / penyakit ini? Mohon dijelaskan.  
Has the patient ever been treated for this symptoms / illness? Please Explain. : \_\_\_\_\_

Bila pasien rujukan, Nama dokter dan Instansi kesehatan yang merujuk adalah :  
For a referred patient, please state the name and address of the referring hospital and physician : \_\_\_\_\_

Tindakan atau Operasi selama perawatan  
Procedures or Surgery during treatment : \_\_\_\_\_

Alasan memilih Jenis Tindakan di atas  
Reason to choose the above Procedures : \_\_\_\_\_

Apakah penyakit / kondisi diatas disebabkan atau berhubungan dengan :  
Are the above illness / conditions caused by or related to

Kelainan Bawaan / Congenital Anomaly  Kesuburan / Fertility  
 Mental Disorder / Mental Disorder  Gangguan Hormonal / Hormonal Imbalance  
 Kecelakaan / Accident  Kosmetik atau Estetika / Cosmetics or Aesthetics  
 Kehamilan / Pregnancy, Tanggal HPTHT / The first date of last period: \_\_\_\_\_

Jika Ya harap jelaskan / If Yes please explain : \_\_\_\_\_

Bila perawatan dikarenakan kecelakaan, mohon cantumkan / if the treatment is due to accident please state :  
Tanggal Kecelakaan / Date of accident : \_\_\_\_\_

Penyebab Kecelakaan / Cause of accident : \_\_\_\_\_

Prognosis / Prognose : \_\_\_\_\_

Pasien pulang dalam keadaan / Patient's condition when discharged  
 Sembuh / Recovered  
 Meninggal / Dead  
 Lainnya / Others : \_\_\_\_\_

Saya menyatakan bahwa seluruh informasi diatas adalah benar menurut pengetahuan dan keyakinan saya,  
I Declare that the information above is true and complete to the best of my knowledge and belief.

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

\_\_\_\_\_  
Nama Jelas, Tanda tangan Dokter & No. SIP  
Name, signature of physician & SIP Number

\_\_\_\_\_  
Nama & Stempel Rumah Sakit  
Name and stamp of hospital