

Form Klaim Rawat Jalan / Rawat Gigi Outpatient / Dental Claim Form



BAGIAN 1. DIISI OLEH PESERTA / PASIEN
PART 1. TO BE FILLED BY PATIENT / MEMBER

Nama Perusahaan / Name of Company : _____

Nama Karyawan / Employee Name : _____

Nama Lengkap Pasien / Patient Name : _____

No Peserta Asuransi / NIP / Insurance Registration No / EIN : _____

Alamat / Address : _____

Status Peserta / Relation : Karyawan Istri / Suami Anak
Him / Herself Wife / Husband Child

Jenis Pengajuan / Type of Claim : Klaim Baru Pemenuhan kelengkapan klaim sebelumnya
New Claim Fulfillment of incomplete previous claim

Konsultasi Sebelum / Sesudah Rawat Inap : Ya Tidak
Pre / Post Hospitalization Yes No

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 ekss 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. Coop 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.

_____, _____

_____, _____

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

BAGIAN 2. DIISI OLEH DOKTER YANG MEMERIKSA
PART 2. TO BE FILLED BY CONSULTING PHYSICIAN

A. Hasil Pemeriksaan Rawat Jalan / Doctor's Consultation

Tanggal Pelayanan / Service Date : _____

Anamnesa / Anamnesa : _____

Pemeriksaan Fisik / Physical Examination : _____

Diagnosa Utama / Primary Diagnosis : _____

Diagnosis Tambahan / Additional Diagnosis : _____

Terapi / Therapy : _____

B. Hasil Pemeriksaan Gigi / Dentist's Consultation

Diagnosa / Diagnosis : _____

Tindakan / Treatment : _____

Jenis Tindakan / Treatment Type : Konsultasi / Consultation Perawatan Akar Gigi / Root Canal
 Pembersihan Karang / Scalling Ronten Gigi / X Ray
 Tambal / Filling Lain-lain / Others : _____
 Cabut Gigi / Extracite

Gigi Permanen (Gigi Telap) / Permanent Teeth
 Atas Kanan/Top Right Atas Kiri/Top Left

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

 Gigi Deciduous (Gigi Susu) / Deciduous Teeth
 Atas Kanan/Top Right Atas Kiri/Top Left

55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

*Lingkari gigi yang diperiksa / Circle the tooth being examined

Saya, dokter yang merawat / memeriksa dengan ini menyatakan keterangan diatas adalah benar dan lengkap menurut pengetahuan dan keyakinan saya.
I as the consulting physician, have treaded this patient and confirmed that information is true and complete to the best of my knowledge and belief.

_____, _____

Stempel, Nama, Tanda Tangan, Alamat Dokter & No. SIP
Stamp, Name, Signature of Physician & SIP Number

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 Histopatology, 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