asuransiBintang

FORMULIR KLAIM RAWAT JALAN - ASURANSI KUMPULAN

OUTPATIENT CLAIM FORM - GROUP INSURANCE

- Formulir ini dapat digunakan untuk pengajuan klaim Rawat Jalan, Gigi & Kacamata / *This form shall be completed for any outpatient, dental & optical claim submission.*
- Semua pertanyaan pada Formulir Klaim & Surat Keterangan Dokter harus diisi dengan benar, lengkap dan jelas tanpa pembebanan kepada PT. Asuransi Bintang Tbk./ *All questions in this claim form & Attending Physician's Statement should be answered correctly, completely & clearly, without any charge to PT Asuransi Bintang Tbk.*
- Kwitansi asli & perinciannya wajib dilampirkan./ *Original receipt & details should be attached.*
- Dokumen & Hasil-hasil pemeriksaan penunjang, wajib dilampirkan./ *Documents & Supporting examinations/tests, should be attached.*
- Berikan tanda silang (X) untuk jenis klaim yang diajukan./ *Mark (X) for type of claim submitted.*

☐ Rawat Jalan / *Outpatient* ☐ Gigi / *Dental* ☐ Kacamata / *Optical* ☐ Lain -lain/ *Others :* _____

Nomor Polis / *Policy Number* : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Nama Pemegang Polis / *Name of the Policyholder* : _____

Nama Karyawan / *Name of Employee* : _____

Nomor Sertifikat karyawan / *Number Employee Certificate* : _____

Nama Pasien / *Name of the Patient* : _____

No. Sertifikat Pasien / *Number of Patient Certificate* : _____

Tanggal Lahir / *Date of Birth* : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (Tgl bln thn / *dd mm yyyy*)

Jenis Kelamin / *Sex* : ○ Laki-Laki / *Male* ○ Perempuan / *Female*

Hub. dgn. Karyawan / *Relation with the Employee* : ○ Anak / *Child* ○ Istri / *Wife* ○ Suami / *Husband*

○ Diri Sendiri / *Self the Insured* ○ Lain-lain / *Others* _____

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. Saya juga memahami bahwa jawaban dan keterangan tersebut di atas menjadi dasar Pertanggungan dan tidak terpisahkan dari Polis yang diminta. Dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan atau Organisasi lainnya, yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan, untuk memberitahukan kepada PT Asuransi Bintang Tbk atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan saya baik selama saya hidup atau telah meninggal. Copy dari Surat Kuasa ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

I declare that I have read, understood and answered all the questions above completely and correctly. I also understand that all the answers and information above will be inseparable part of the policy I apply for. I hereby authorize any physician, clinic, hospital, public health center, insurance company, legal institution, personal or other organizations that has any records or information on me and my health whether I am still alive or dead to give them to PT Asuransi Bintang Tbk. or its authorized institution. Copy of this statement, should be as valid and legal as the original.

PEMEGANG POLIS/ *POLICY HOLDER* KARYAWAN / *EMPLOYEE*

Tempat & Tanggal / *Place & Date* Tandatangan, Nama & Cap / *Signature, Name & Stamp* Tandatangan & nama / *Signature & Name*

PT. Asuransi Bintang Tbk.
Head Office : Jl. RS. Fatmawati 32, Jakarta 12430
Telp : (62 21) 7590 2777 **Facsimile**: (62 21) 769 8374 **E-mail** : healthclaim@asuransibintang.com

SURAT KETERANGAN DOKTER / ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT

Tanggal pelayanan / *Date of treatment*	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (Tgl bln thn / *dd mm yyyy*)
Anamnesa : Riwayat Penyakit *History of the disease*	
Diagnosa, atau dugaan diagnosa *Diagnose or Pre diagnose*	
Terapi atau Tindakan *Therapy or Treatment*	

Saya sebagai dokter yang merawat pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan - pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. / I, as a doctor who treat the patient, certify that i have read and answered the above questions complete and correctly.

a. Nama Dokter / *Name of Doctor* : _____

b. Nama Rumah Sakit / *Name of Hospital* : _____

c. Alamat Rumah Sakit / *Address of Hospital* : _____

Tempat & Tanggal / *Place & Date*

Tandatangan & Nama Dokter / *Signature & Name of Doctor*

Cap Rumah Sakit / *Stamp of Hospital*