



## FORMULIR KLAIM RAWAT INAP & MELAHIRKAN - ASURANSI KESEHATAN KUMPULAN INPATIENT & MATERNITY CLAIM FORM – GROUP HEALTH INSURANCE

Bagian 1: Diisi oleh peserta/ pihak yang mengajukan klaim / *Filled in by claimant*

**APABILA FORM KLAIM TIDAK DI ISI LENGKAP KLAIM AKAN DIKEMBALIKAN UNTUK DILENGKAPI**  
**IF THE CLAIM FORM IS NOT FILL IN COMPLETELY, CLAIM WILL BE RETURNED**

Rawat Inap / *Inpatient*    Melahirkan / *Maternity*    Lain-lain / *others:* .....

Nama Pemegang Polis / *Policy Holder Name* : .....

Nomor Polis / *Policy Number* : .....

Nama Pasien / *Name of Patient* : .....

Nomor Peserta Pasien / *No Patient Member ID* : .....

Tanggal Lahir / *Date of Birth* : .....

Nama Karyawan / *Name of Employee* : .....

Alamat email karyawan / *Employee's Email Address* : .....

No Handphone karyawan / *Employee Cell Phone No* : .....

### SURAT KUASA & PERNYATAAN POWER OF ATTORNEY & DECLARATION

Dengan ini Saya menyatakan bahwa Saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. Dengan ini Saya memberi kuasa yang tidak akan berakhir karena sebab-sebab yang tercantum dalam pasal 1813 KUHP Perdata kepada setiap Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Laboratorium, Institusi Medis mana pun, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Lembaga, atau Perorangan yang mempunyai catatan rekam medis/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung, untuk meneruskannya kepada PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia atau mereka yang diberi kuasa oleh Tertanggung, segala catatan rekam medis/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Tertanggung. Fotokopi dari Surat Kuasa ini sama kuat dan sah secara hukum seperti aslinya.

*Hereby I declare that I have read, understand, answered all the questions above completely and correctly, and give the authority to the doctors, clinics, hospitals, society health centers, laboratories, all medical institutions, insurance companies, law firms, institutions or individuals who have the medical record/information of the insured, to share the information to PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia or the people who are given the authority by insured, with all the medical record and all information that is related to the insured. A copy of this declaration is equally legally enforceable as the original copy.*

Tempat dan Tanggal / *Place and Date*

Tanda Tangan, Nama Jelas Karyawan atau Peserta  
*Signature, Name of Employee or Member*

Wajib Melampirkan kelengkapan dokumen pengajuan klaim / *Mandatory to submit below supporting documents*

- Formulir Klaim yang diisi lengkap / *Completed claim forms*
- Resume medis / *Medical Resume*
- Rincian Biaya / *Detail of medical expense*
- Kuitansi pembayaran asli / *Original Payment receipt*
- Salinan resep / *Copy of prescription*
- Salinan test diagnostic (Lab, Rontgen dll) / *Copy of the diagnostic test (Laboratory result, Rontgen, etc)*
- Dokumen lainnya / *Another Document*

Pengiriman dokumen klaim dapat di tuju ke alamat / *Delivey claim documents directed to address :*

AdMedika – Generali  
PT.Administrasi Medika  
Jl. Balik Papan Raya No. 11B  
Kel : Petojo Selatan Kec : Gambir  
Jakarta Pusat – 10160  
Up : Klaim

Disclaimer “ Saya mengerti dan memahami jika saya mengisi perubahan data korespondensi, maka PT. Asuransi Jiwa Generali Indonesia akan melakukan pengkinian data sesuai dengan data yang tercantum pada formulir ini”. *I understand by filling this correspondence data changes, PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia will update my correspondence data based on information in this form.*

**BE OPEN DELIVER ON THE PROMISE LIVE THE COMMUNITY VALUE OUR PEOPLE**



Bagian 2 : Diisi oleh dokter yang memeriksa / *Filled in by doctor in charge*

**Resume Medis / *Medical Resume***

<p>Apakah Pasien Dirawat Inap? <i>Did the Patient Hospitalize</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Ya, apakah indikasi rawat inap / tujuan perawatan / <i>Yes, indication of hospitalization and purpose of treatment</i></p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak, Alasan /<i>No, Reason</i></p> <p>.....</p> <p>Apakah pasien mendapat perawatan di ruang gawat darurat? <i>Did patient have emergency treatment?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ya / <i>Yes, Jika YA / If Yes</i></p> <p>- Berapa lama / <i>How Long</i> : .....Jam / <i>hour</i></p> <p>- Tindakan yang dilakukan / <i>Medical procedure</i> : .....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak / <i>No</i></p>				
<p>Tanggal Perawatan : <i>Date of hospitalization</i></p>	<p> <table border="1" style="display: inline-table; margin-right: 10px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">/</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">/</td> </tr> </table> <span style="font-size: small; vertical-align: middle;">s.d to</span> <table border="1" style="display: inline-table; margin-left: 10px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">/</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">/</td> </tr> </table> <span style="float: right;">(Tgl bln thn / <i>dd mm yyy</i>)</span> </p>	/	/	/	/
/	/				
/	/				
<p>Anamnese / Gejala pada saat masuk RS <i>Anamnese / Symptoms upon hospitalization</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Pemeriksaan fisik / <i>Physical Examination</i></p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>TD / <i>BP</i> : ..... Suhu / <i>Temperature</i> : .....</p> <p>Nadi / <i>Pulse</i> : ..... Pernafasan / <i>RR</i> : .....</p>				
<p>Jenis serta hasil pemeriksaan fisik, lab, rontgen, CT scan, hasil PA dll yang dilakukan <i>Physical examination result, (lab X-ray, CT scan, Clinical Pathology Result, etc)</i></p>	<p>.....</p> <p>.....</p>				
<p>Diagnosa, atau Dugaan Diagnosa <i>Diagnose or Pre Diagnose</i></p>	<p>.....</p>				
<p>Penyebab Diagnosa / <i>Cause Diagnosis</i></p>	<p>.....</p>				
<p>Terapi , Tindakan dan Pembedahan (jika ada) <i>Therapy, Treatment and Surgery (If any)</i></p>	<p>.....</p> <p>.....</p>				
<p>Diagnosa di atas berhubungan dengan <i>The Diagnose above is related to</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan Sejak Lahir / <i>Congenital Anomaly</i>      <input type="checkbox"/> Penyakit Kejiwaan / <i>Psychology</i></p> <p><input type="checkbox"/> Kelainan Tumbuh Kembang / <i>Development Disorder</i>      <input type="checkbox"/> HIV-AIDS</p> <p><input type="checkbox"/> Penyakit Menular Sexual / <i>Sexually Transmitted Disease</i>      <input type="checkbox"/> Kosmetika / <i>Cosmetics</i></p> <p><input type="checkbox"/> Kesuburan / <i>Fertility</i>      <input type="checkbox"/> Gigi / <i>Dental</i></p> <p><input type="checkbox"/> Penyakit Kronik Episode Berulang / <i>Repeated Episodes of Chronic Episodic</i></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Kehamilan / <i>Pregnancy</i></b></p> <p>- Kehamilan beberapa dan Usia kehamilan / <i>Pregnancy to and Gestation</i></p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Kecelakaan / <i>Accident</i></b> :</p> <p>- Tanggal Kecelakaan dan penyebab kecelakaan / <i>Date of accident and cause off accident</i> :</p> <p style="text-align: center;"> <table border="1" style="display: inline-table; margin-right: 10px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">/</td> <td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">/</td> </tr> </table> <span style="float: right;">(Tgl bln thn / <i>dd mm yyy</i>)</span> </p> <p>- Peserta sebagai pengendara atau penumpang ? / <i>Patient as a driver or passenger?</i></p> <p>.....</p> <p>- Mohon dilampirkan copy sim jika pasien sebagai pengendara / <i>Please attach a copy of driver's license if patient as a driver</i></p>	/	/		
/	/				
<p>Saya menyatakan bahwa saya telah membaca dan menjawab pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan benar. <i>I hereby declare that I have read and answered all the questions above completely and correctly to the extent of my knowledge.</i></p> <p>Nama Dokter / <i>Doctor's Name</i> : ..... Spesialisasi / <i>Specialization</i> .....</p> <p>Alamat Dokter/Rumah Sakit / <i>Doctor's Address/Hospital</i> : .....</p> <p>No. Telp/ <i>Phone No</i> : .....</p> <p>Tanggal / <i>Date</i> ____/____/____ (DD/MM/YYYY)</p> <p style="text-align: right;"> <table border="1" style="width: 100%; height: 40px; margin-left: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">(Tanda Tangan Dokter &amp; Cap Rumah Sakit) <i>(Doctor's Signature &amp; Hospital Stamp)</i></td> </tr> </table> </p>		(Tanda Tangan Dokter & Cap Rumah Sakit) <i>(Doctor's Signature &amp; Hospital Stamp)</i>			
(Tanda Tangan Dokter & Cap Rumah Sakit) <i>(Doctor's Signature &amp; Hospital Stamp)</i>					