

PETUNJUK PENGAJUAN KLAIM

1. Formulir klaim ini harus diisi hanya untuk klaim rawat jalan dan berlaku untuk satu orang pasien saja
2. Formulir klaim ini harus diisi dengan lengkap oleh tertanggung/karyawan dalam hal tertanggung berusia kurang dari 18 tahun dan dokter yang mereiksa.
3. Semua kwitansi asli harus dilampirkan dengan formulir ini, disertai dengan diagnosa dokter dan dokumen sebagai berikut :
 - a) Untuk penunjang diagnostik, surat rujukan dari dokter dan copy hasil pemeriksaan laboratorium/rontgen.
 - b) Untuk obat-obatan, copy resep dokter dan detail pemakaian obat
4. Klaim tidak dapat dibayar untuk keadaan-keadaan yang dikecualikan seperti tercantum dalam ketentuan polis

Claim submission instructions

1. The Claim Form should be filled out only for out patient and valid only for one patient.
2. The Claim form should be filled out completely by the insured in this time the insured is younger than 18 years old and the doctor who examined
3. All original receipt must be attached with this form, include the diagnose of the doctor and the following documents:
 - a) For diagnostic supports, referral letter from the doctor, copies of the laboratory / roentgen result.
 - b) For medications, copies of prescription doctor and detail use of prescription drugs.
4. Claims can not be paid for such exceptional circumstances listed in the policy condition.

Keterangan Tertanggung (diisi oleh tertanggung atau karyawan)

Insured Detail (should be filled out by the insured / employee)

Nama Pemegang Polis <i>Name of the policy holder</i>	.....	Nomor Polis <i>Policy Number</i>	.....
Nama Karyawan <i>Name of the Employee</i>	.....	Nomor Index <i>Index Number</i>	.....
Nama Tertanggung/Pasien <i>Name of the Insured/Patient</i>	.....	

Saya, tertanggung/karyawan, dengan ini menyatakan bahwa keterangan tersebut di atas adalah lengkap dan benar. Saya tertanggung/karyawan, dengan ini memberi kuasa kepada dokter spesialis, dokter umum, rumah sakit atau klinik, dengan siapa tertanggung telah diperiksa atau dirawat, untuk memberikan keterangan lengkap mengenai keadaan/penyakit tertanggung termasuk data medis terdahulu kepada ACA dan pihak ketiga yang ditunjuk secara sah oleh ACA sebagai administrator.

I, the Insured / Employee, hereby declare that the information above is complete and correct. I, the Insured / Employee hereby authorized to the medical specialist, Practitioners, Hospital or clinic, with whom the insured has been examined or treated, to provide the information on condition / illness of the insured including medical data prior to the ACA and designated third party legitimately by the ACA as an administrator

Ditandatangani di.....tanggal

Was signed in date

Tertanggung/Pasien/Karyawan
Insured / Patient / Employee

Keterangan Dokter/Resume Medis (diisi oleh yang memeriksa)

Medical Recorded (Should be Filled out by the examined)

Nama Dokter yang Memeriksa (<i>Name of the doctor who examined</i>)	.....
Tanggal Pemeriksaan (<i>Examination Date</i>)	.....
Alamat Dokter Pemeriksa (<i>Address of the doctor who examined</i>)	.....
Anamnesa (<i>Anamnesa</i>)	.....
Diagnosa (<i>Diagnose</i>)	.....
Terapi/anjuran pemeriksaan/Treatment (<i>examination recommendation</i>)	.....

Saya, dokter yang merawat, dengan ini menyatakan bahwa keterangan tersebut diatas adalah lengkap dan benar *I, the examined doctor, hereby declare that the information above is complete and correct.*

Ditandatangani di.....tanggal

Was signed in date

Dokter/ dr Stempel Dokter/Doctor Stamp