



FORMULIR KLAIM UNTUK KASUS RAWAT JALAN

PETUNJUK-PETUNJUK

1. Formulir ini harus dilengkapi dan hanya berlaku untuk **satu** orang pasien saja dan harus dilengkapi dan ditanda tangani oleh pasien (oleh karyawan apabila pasien anak-anak) dan Dokter yang merawat. jika tidak, formulir ini akan dikembalikan.
2. Semua kuitansi asli harus dilampirkan pada formulir klaim ini termasuk:
 - a. Untuk obat-obatan, copy resep dokter dan perincian harga obat
 - b. Untuk pemeriksaan laboratorium, surat pengantar dokter dan hasil pemeriksaan.
 - c. Untuk Fisioterapi dan pemeriksaan lain seperti Radiologi, CT Scan, surat rujukan dokter dan hasil pemeriksaan.
3. Semua klaim harus disertakan ke AIA Financial dalam waktu 30 (tiga puluh) hari setelah perawatan.

BAG. 1 DIISI OLEH YANG MENGAJUKAN KLAIM

Nama Pasien (*lengkap*)

No. Peserta

Dengan ini saya menyatakan sesuai dengan pengetahuan dan kepercayaan saya bahwa keterangan untuk menunjukan klaim saya ini benar dan tepat. Saya juga memberi kuasa kepada setiap Dokter, Rumah Sakit, Klinik fasilitas lainnya yang berhubungan, perusahaan asuransi, atau organisasi lainnya, lembaga, dengan siapa dan dimana saya diperiksa dan dirawat untuk berbagai alasan, atau orang yang mempunyai catatan atau pengetahuan tentang saya atau kesehatan saya untuk memberikan keterangan secara lengkap mengenai keadaan saya dan riwayat penyakit-penyakit saya kepada AIA Financial*.

Selanjutnya saya juga memberikan kuasa kepada AIA Financial untuk:

- Menggunakan setiap informasi pribadi yang dikumpulkan tentang saya untuk memproses setiap klaim yang saya ajukan dan untuk pelaksanaan program santunan kesehatan yang saya miliki.
- Memberikan informasi pribadi saya kepada atasan saya sebagaimana dibutuhkan untuk pelaksanaan program santunan kesehatan.
- Memberikan informasi pribadi saya kepada agen atau perusahaan lain jika dibutuhkan untuk memproses dengan benar klaim yang saya ajukan dalam pelaksanaan program santunan kesehatan.

Tanggal

Tanda tangan yang mengajukan

BAG. 2 DIISI OLEH DOKTER YANG MEMERIKSA

Kepada Dokter Yth,

Untuk memproses klaim nasabah kami, mohon kiranya dokter untuk mengisi formulir dibawah ini. Terima kasih

No	Tanggal Konsultasi	Diagnosa	Pengobatan

Dengan ini saya menyatakan bahwa keterangan diatas adalah benar dan tepat

Nama Dokter

Alamat

Nomor Telepon

Tanggal

Tanda tangan dan stempel



FORMULIR KLAIM UNTUK KASUS GIGI

PETUNJUK-PETUNJUK

1. Formulir ini harus dilengkapi dan hanya berlaku untuk **satu** orang pasien saja dan harus dilengkapi dan ditanda tangani oleh pasien (oleh karyawan apabila pasien anak-anak) dan Dokter yang merawat. jika tidak, formulir ini akan dikembalikan.
2. Semua kuitansi asli harus dilampirkan pada formulir klaim ini termasuk:
 - a. Untuk obat-obatan, copy resep dokter dan perincian harga obat
 - b. Untuk pemeriksaan laboratorium, surat pengantar dokter dan hasil pemeriksaan.
 - c. Untuk Fisioterapi dan pemeriksaan lain seperti Radiologi, CT Scan, surat rujukan dokter dan hasil pemeriksaan.
3. Semua klaim harus disertakan ke AIA Financial dalam waktu 30 (tiga puluh) hari setelah perawatan.

BAG. 1 DIISI OLEH YANG MENGAJUKAN KLAIM

Nama Pasien (lengkap)

No. Peserta

Dengan ini saya menyatakan sesuai dengan pengetahuan dan kepercayaan saya bahwa keterangan untuk menunjukan klaim saya ini benar dan tepat. Saya juga memberi Kuasa kepada setiap Dokter, Rumah Sakit, Klinik fasilitas lainnya yang berhubungan, perusahaan asuransi, atau organisasi lainnya, lembaga, dengan siapa dan dimana saya diperiksa dan dirawat untuk berbagai alasan, atau orang yang mempunyai catatan atau pengetahuan tentang saya atau kesehatan saya untuk memberikan keterangan secara lengkap mengenai keadaan saya dan riwayat penyakit-penyakit saya kepada AIA Financial*.

Selanjutnya saya juga memberikan kuasa kepada AIA Financial untuk:

- Menggunakan setiap informasi pribadi yang dikumpulkan tentang saya untuk memproses setiap klaim yang saya ajukan dan untuk pelaksanaan program santunan kesehatan yang saya miliki.
- Memberikan informasi pribadi saya kepada atasan saya sebagaimana dibutuhkan untuk pelaksanaan program santunan kesehatan.
- Memberikan informasi pribadi saya kepada agen atau perusahaan lain jika dibutuhkan untuk memproses dengan benar klaim yang saya ajukan dalam pelaksanaan program santunan kesehatan.

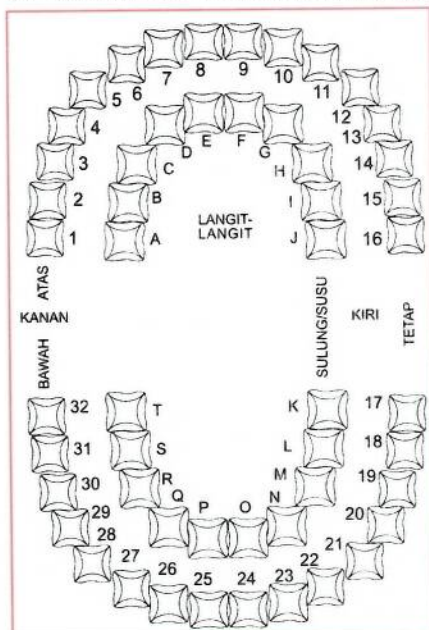
Tanggal

Tanda tangan yang mengajukan

BAG. 2 DIISI OLEH DOKTER GIGI

Kepada Dokter Gigi Yth,

Untuk memproses klaim nasabah kami, mohon kiranya dokter untuk mengisi formulir dibawah ini. Terima kasih



CANTUMKAN PEMERIKSAAN DAN PENGOBATAN SECARA BERURUTAN
DARI GIGI 1 SAMPAI GIGI 32, GUNAKAN DIAGRAM YANG DISEDIAKAN

No. gigi	Permukaan	PERINCIAN DAN TINDAKAN (termasuk foto rontgen, pencegahan, bahan yang digunakan, dll)	Tanggal	Biaya

Dengan ini saya menyatakan bahwa keterangan diatas adalah benar dan tepat

Nama Dokter

Alamat

Tanggal

Nomor Telepon

Tanda tangan dan stempel