



FORMULIR KLAIM RAWAT JALAN

PT AIA FINANCIAL merupakan perusahaan asuransi jiwa terkemuka yang terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

PETUNJUK - PETUNJUK

- Formulir Klaim ini hanya berlaku untuk satu orang pasien saja dan harus dilengkapi dan ditandatangani oleh Tertanggung/Peserta dan/atau Pemegang Polis atau apabila pasien adalah anak di bawah umur maka harus dilengkapi dan ditandatangani oleh Tertanggung/Peserta dan/atau Pemegang Polis selaku orang tua dan Dokter yang merawat. Jika tidak lengkap, dokumen akan dikembalikan dan proses klaim belum dapat dilanjutkan.
- Semua harus dilampirkan pada Formulir Klaim ini termasuk :
 - Kuitansi asli berikut perinciannya.
 - Perincian obat-obatan, salinan/fotokopi resep dokter dan perincian harga obat.
 - Surat rujukan dokter dan salinan/fotokopi hasil pemeriksaan laboratorium, Radiologi, CT Scan, dan hasil pemeriksaan penunjang lainnya.
 - Untuk Fisioterapi dilampirkan rujukan dokter beserta jadwal dan jumlah terapi.
 - Untuk Kacamata dan Lensa dilampirkan hasil pemeriksaan ukuran kacamata/lensa.
- Semua klaim harus diserahkan ke PT AIA FINANCIAL dalam waktu 30 (tiga puluh) hari setelah perawatan.

BAG. 1 DIISI OLEH YANG MENGAJUKAN KLAIM

No. Polis :	No. Peserta:	Jenis kelamin:	<input type="checkbox"/> Pria	<input type="checkbox"/> Wanita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tanggal lahir:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nama Tertanggung :	<input type="text"/>			
Nama Peserta	<input type="text"/>			
No. Identitas : (KTP/Paspor/SIM)	<input type="text"/>			
Alamat Korespondensi :	RT/RW:		<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	

(Wajib diisi, bila alamat yang diberikan berbeda dengan data PT AIA FINANCIAL, maka PT AIA FINANCIAL akan melakukan perubahan alamat sesuai dengan Formulir Klaim ini)

Kelurahan/Desa	<input type="text"/>	Kota/Kabupaten	<input type="text"/>		
Telepon Rumah	<input type="text"/>	Hand Phone	<input type="text"/>		
Telepon Kantor	<input type="text"/>	Email	<input type="text"/>		
Produk (Contreng salah 1):	<input type="checkbox"/> HS	<input type="checkbox"/> HS Plus	<input type="checkbox"/> PHS	<input type="checkbox"/> PHS Plus	<input type="checkbox"/> HCP
Jenis Klaim (Contreng salah 1):	<input type="checkbox"/> Rawat Inap	<input type="checkbox"/> Pre Rawat Inap	<input type="checkbox"/> Post Rawat Inap	<input type="checkbox"/> ODS/ODC	

Apabila disebabkan karena kecelakaan, mohon sebutkan tanggal terjadinya kecelakaan tersebut? (DD/MM/YY) dan jelaskan kronologis terjadinya kecelakaan (termasuk waktu dan lokasi kejadian).

Apakah Tertanggung/Peserta diasuransikan di perusahaan atau perusahaan asuransi lain? (Wajib diisi bila ada) Ya Tidak

Nama perusahaan atau perusahaan asuransi lain:

Pernyataan dan Kuasa

- Semua keterangan yang diberikan di dalam Formulir Klaim ini adalah lengkap dan sesuai dengan keadaan sebenarnya dan tidak ada keterangan maupun hal-hal lainnya yang Saya sembunyikan maupun dipalsukan.
- Akibat hukum dan/atau kerugian yang timbul karena ditandatanganinya Formulir Klaim ini dalam keadaan kosong atau belum terisi lengkap menjadi tanggung jawab Saya sepenuhnya.
- Pilihan pengajuan klaim Manfaat Rawat Inap dan/atau Manfaat Rawat Jalan yang Saya tentukan dalam Formulir Klaim ini merupakan pilihan Saya secara sadar sepenuhnya dan Saya telah membaca dan memahami pernyataan dalam Formulir Klaim ini sehingga Saya menandatangani Formulir Klaim ini secara bertanggungjawab. Apabila Saya memberikan keterangan yang tidak benar atau palsu dalam Formulir Klaim ini atau memanipulasi dokumen atau mengajukan *double claim* kepada perusahaan atau perusahaan asuransi lain atau pun hal-hal lainnya yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku, maka Saya bersedia menerima konsekuensi dari PT AIA FINANCIAL termasuk pengakhiran polis PT AIA FINANCIAL ("Polis") Saya, mengembalikan pembayaran klaim yang sudah dibayarkan oleh PT AIA FINANCIAL kepada Saya dan/atau PT AIA FINANCIAL berhak meneruskan kasus ini kepada pihak yang berwajib/berwenang.
- Apabila Pemegang Polis memilih mengajukan klaim Manfaat Rawat Inap dan/atau Manfaat Rawat Jalan di perusahaan atau perusahaan asuransi lain maka pembayaran klaim dari PT AIA FINANCIAL tidak dapat melebihi dari jumlah biaya yang dikeluarkan oleh Pemegang Polis atas klaim tersebut.
- Pengajuan klaim dapat dilakukan dengan menggunakan penyampaian dokumen secara elektronik yang ditentukan oleh PT AIA FINANCIAL. Saya wajib menyimpan dokumen pendukung klaim asli yang disampaikan kepada PT AIA FINANCIAL secara elektronik dan mengirimkan kepada PT AIA FINANCIAL selambat-lambatnya 3 (tiga) bulan sejak tanggal pengajuan klaim Saya. Apabila Saya tidak menyerahkan dokumen pendukung klaim asli tersebut dalam jangka waktu 3 (tiga) bulan, maka Saya berkewajiban mengembalikan klaim yang sudah dibayarkan dan Polis Saya berakhir. Ketentuan mengenai pengakhiran Polis akan dilakukan sesuai dengan ketentuan Polis yang berlaku.

PERMINTAAN PEMBAYARAN MANFAAT ASURANSI

Apabila klaim disetujui, pembayaran akan ditransfer ke :

Mata uang	<input type="checkbox"/> Rupiah	<input type="checkbox"/> USD
Nama Pemilik Rekening	<input type="text"/>	
Nama Bank	<input type="text"/>	
Nomor Rekening	<input type="text"/>	
Tujuan atau alasan (Jika pembayaran tidak ke Tertanggung/Peserta/Pemegang Polis)	<input type="text"/>	
Hubungan dengan Tertanggung/Peserta/Pemegang Polis	<input type="text"/>	

* Pembayaran harus ditujukan kepada Yang Ditunjuk / Yang Dikuasakan. Jika tidak, mohon Yang Ditunjuk / Yang Dikuasakan tanda tangan diatas materai dengan mengisi tujuan / alasannya.

* Pembayaran Manfaat Polis selain Manfaat Meninggal bagi nasabah CITIBANK, akan ditransfer ke rekening sebagaimana tercantum dalam SPAJ/SKDR. Saya/Kami dengan ini memberikan kuasa dan wewenang kepada PT AIA FINANCIAL untuk meminta kepada dan/atau mendapatkan setiap dan segala catatan riwayat kesehatan, Penyakit, perawatan atau informasi lain mengenai diri Tertanggung/Peserta ("Informasi") dari Dokter/Paramedis/Petugas Administrasi Rumah Sakit/Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas and/atau Laboratorium, perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi, badan, instansi/lembaga atau pihak lain ("Pemberi Informasi") yang mempunyai Informasi untuk keperluan pengajuan asuransi jiwa, perubahan polis, pemrosesan klaim, investigasi, administrasi polis, analisa data dan/atau penyediaan layanan nasabah ("Tujuan"). Saya/Kami memberikan kuasa dan wewenang kepada setiap Pemberi Informasi yang mempunyai Informasi untuk memberikan Informasi kepada PT AIA FINANCIAL dalam rangka Tujuan. Pemberian kuasa ini tidak dapat ditarik kembali atau dibatalkan termasuk karena sebab-sebab yang disebutkan dalam Pasal 1813, Pasal 1814 dan Pasal 1816 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata Indonesia. Salinan/fotokopi dari kuasa ini memiliki kekuatan hukum yang sama dan mengikat sesuai dengan aslinya. Saya/Kami dengan ini menyatakan bahwa segala dokumen kelengkapan untuk persyaratan klaim menjadi hak PT AIA FINANCIAL sejak diserahkan kepada PT AIA FINANCIAL untuk pengajuan klaim ini.

Tanggal/Bulan/Tahun	Tandatangan Tertanggung/Peserta	Tandatangan Pemegang Polis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



BAG. 2 DIISI OLEH DOKTER YANG MEMERIKSA

Kepada Dokter Yth,
Untuk memproses klaim nasabah kami, mohon untuk mengisi bagian dibawah ini. Terima kasih

1. Tanggal pelayanan s/d (tgl/bln/thn): s/d
2. No registrasi pasien/ RM:
3. Nama Rumah Sakit/Klinik:
4. Jenis Pelayanan (Contreng salah 1) Rawat jalan Dental Meternity Optik
5. Anamnesa:
6. Adakah penyakit/keluhan lain yang berhubungan dengan kondisi sekarang? Jika ya, mohon sebutkan dan sejak kapan
7. Jika memerlukan rawat inap, apakah indikasi medis dilakukan rawat inap?
8. Dari informasi yang di terima pernahkan pasien mengalami kondisi yang sama sebelum tanggal pengobatan tanggal tersebut? Jika ya, mohon sebutkan(dd/mm/yy)
9. Pemeriksaan fisik:
10. Pemeriksaan penunjang:
11. Jika perawatan disebabkan oleh kehamilan,
12. Diagnosa: ICD 10:
13. Diagnosa lainnya: ICD 10:
14. Tindakan/terapi:
15. Saran pengobatan:
16. Penyakit berhubungan dengan: (Contreng salah 1)
 Kosmetik Kesuburan Kongenital
 Psikis/psikosomatis HIV/AIDS Penyalahgunaan obat/alkohol
 Percobaan bunuh diri/ mencederai diri sendiri Lainnya, sebutkan Penyakit menular seksual

RIWAYAT KESEHATAN

	Tanggal	Nama Penyakit	Nama & Alamat Dokter / Rumah Sakit/Klinik Yang Merawat
a.			
b.			
c.			

Saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Saya telah memeriksa Penyakit/luka yang diderita oleh pasien tersebut di bawah ini.

Saya menyatakan bahwa seluruh informasi di atas adalah benar menurut pengetahuan dan keyakinan Saya.

Nama Dokter:

SIP Dokter:

Alamat dan No telepon:

Tanggal / Bulan / Tahun	Tanda Tangan & Stempel Nama Dokter/ Stempel Rumah Sakit/Klinik
-------------------------	--