

**Form Klaim Rawat Jalan / Rawat Gigi**  
**Outpatient / Dental Claim Form**



**BAGIAN 1. DIISI OLEH PESERTA / PASIEN**  
**PART 1. TO BE FILLED BY PATIENT / MEMBER**

Nama Perusahaan / Name of Company : \_\_\_\_\_

Nama Karyawan / Employee Name : \_\_\_\_\_

Nama Lengkap Pasien / Patient Name : \_\_\_\_\_

No Peserta Asuransi / NIP / Insurance Registration No / EIN : \_\_\_\_\_

Alamat / Address : \_\_\_\_\_

Status Peserta / Relation :  Karyawan  Istri / Suami  Anak  
*Him / Herself Wife / Husband Child*

Jenis Pengajuan / Type of Claim :  Klaim Baru  Pemenuhan kelengkapan klaim sebelumnya  
*New Claim Fulfillment of incomplete previous claim*

Konsultasi Sebelum / Sesudah Rawat Inap :  Ya  Tidak  
*Pre / Post Hospitalization Yes No*

Total Nilai Klaim / Total Amount of Claim : \_\_\_\_\_

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. Saya bersedia untuk membayar eksek klaim yang terjadi apabila terdapat biaya-biaya perawatan yang tidak dijamin dalam ketentuan polis. Dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, perusahaan asuransi dan badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan kesehatan saya untuk memberitahukan kepada PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan saya. Copy dari pernyataan ini sama kuat dan sahnyanya seperti aslinya.

*I hereby declared that I have read, understood and answered any the above question completely and correctly. I hereby agree that I am willing to pay all excess claim amount arising from my treatment if it is not covered or insured under my policy. I also hereby authorized any physician, clinic, hospital, public health center, insurance company and any legal institution, personal or otherwise that have any records or information on my health condition to inform PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk or its authorized party accordingly. A copy of this statement should be regarded as valid and legal as the original.*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Nama & Tanda Tangan Pasien / Karyawan  
*Name & Signature of Patient / Employee*

**BAGIAN 2. DIISI OLEH DOKTER YANG MEMERIKSA**  
**PART 2. TO BE FILLED BY CONSULTING PHYSICIAN**

**A. Hasil Pemeriksaan Rawat Jalan / Doctor's Consultation**

Tanggal Pelayanan / Service Date : \_\_\_\_\_

Anamnesa / Anamnesa : \_\_\_\_\_

Pemeriksaan Fisik / Physical Examination : \_\_\_\_\_

Diagnosa Utama / Primary Diagnosis : \_\_\_\_\_

Diagnosis Tambahan / Additional Diagnosis : \_\_\_\_\_

Terapi / Therapy : \_\_\_\_\_

**B. Hasil Pemeriksaan Gigi / Dentist's Consultation**

Diagnosa / Diagnosis : \_\_\_\_\_

Tindakan / Treatment : \_\_\_\_\_

Jenis Tindakan / Treatment Type :  Konsultasi / Consultation  Perawatan Akar Gigi / Root Canal  
 Pembersihan Karang / Scalling  Rontgen Gigi / X Ray  
 Tambal / Filling  Lain-lain / Others : \_\_\_\_\_  
 Cabut Gigi / Extracrie

**Gigi Permanent (Gigi Tetap) / Permanent Teeth**

Atas Kanan/Top Right								Atas Kiri/Top Left							
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

**Gigi Deciduous (Gigi Susu) / Deciduous Teeth**

Atas Kanan/Top Right					Atas Kiri/Top Left				
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

\*Lingkari gigi yang diperiksa / Circle the tooth being examined

Saya, dokter yang merawat / memeriksa dengan ini menyatakan keterangan diatas adalah benar dan lengkap menurut pengetahuan dan keyakinan saya.

*I as the consulting physician, have treated this patient and confirmed that information is true and complete to the best of my knowledge and belief.*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Stempel, Nama, Tanda Tangan, Alamat Dokter & No. SIP  
*Stamp, Name, Signature of Physician & SIP Number*

**PETUNJUK PENGAJUAN KLAIM / GUIDELINE OF CLAIM SUBMISSION**

- Formulir ini harus dilengkapi dan hanya berlaku untuk SATU orang pasien dan harus diisi dengan lengkap dan ditandatangani oleh peserta atau orang tua jika pasien adalah anak-anak.  
*This Form should be completed for the inpatient claims of ONE patient only and must be fully completed and signed by the insured person or by his/her parents for minor patient.*
- Formulir ini harus diisi dengan lengkap, benar, dan jelas.  
*This form should be filled in correctly, completely, and clearly.*
- Klaim baru dapat diteliti dan diproses lebih lanjut hanya bila semua dokumen pendukung pengajuan klaim telah diisi, dilengkapi, dan dilampirkan. Dokumen pendukung pengajuan klaim meliputi : Surat Jaminan, Formulir Klaim, Kwitansi Asli beserta perinciannya di mana terdapat nama pasien, tanggal perawatan dan biaya perawatan, copy resep obat-obatan, hasil pemeriksaan penunjang diagnostic dan Histopatology, dan dokumen lain yang diperlukan.  
*The Claim can only be processed if all supporting documents have been filled in, completed and attached. The Supporting documents shall include : Guarantee Letter, Claim Form, All Original Receipt, bearing the name of the patient, date of treatment and amount charged, detailed report of medical prescription, laboratory / radiology results and Histopathology Report.*