

**FORMULIR KLAIM ASURANSI KESEHATAN  
(CLAIM FORM HEALTH INSURANCE)**

**CARA MENGAJUKAN KLAIM / How to Submit a Claim**

- Formulir klaim ini diisi oleh Karyawan / Tertanggung dan Dokter / Spesialis dengan menjawab semua pertanyaan dibawah ini tanpa terkecuali, harus benar dan lengkap.  
This claim form is to be completed by the Insured Employee / Member and the Attending Physician / Specialist. The questions below shall truthfully and completely, without any exceptions.
- Hasil pemeriksaan yang diisi dan ditandatangani oleh dokter yang memeriksa dan cap Rumah Sakit dimana Saudara dirawat, sertakan juga kwitansi aslinya dan lampiran kopi resep, pemeriksaan laboratorium, dan pengeluaran lain-lain yang terperinci untuk klaim ini harus dilampirkan.  
Submit the result of examination, completed and signed by the examining physician, bearing the seal of the hospital where you were treated; enclosed by original receipt thereof and original itemized bills and receipts for the claimed expenses.
- Manfaat tidak akan dibayarkan untuk keadaan-keadaan yang dikecualikan dalam Polis.  
No benefits is payable for the items and conditions listed under "EXCLUSIONS" in the Policy.
- Kembalikan ke PT. Arthagraha General Insurance selambat-lambatnya 30 hari setelah keluar dari Rumah Sakit.  
Return to PT. Arthagraha General Insurance at least 30 days subsequent to discharge from hospital.

No. Polis / Nama Perusahaan   
Policy No. / Company Name

Nama Pasien  No. Peserta Pasien   
Patient Name Patient Membership No.

Nama Karyawan  No. Karyawan   
Name of Employee Employee No.

Nama Divisi  PLAN  No. Telepon Pasien   
Division Name Patient Telephone No.

Alamat Karyawan   
Employee Address

1. Apa yang dirasakan sehingga saudara berobat ?  
How did you feel until you received treatment ?

---

3. Apakah sebelumnya sudah merasakan gejala tersebut ? Bila "ya", kapan ?  
Have you ever experienced such symptoms previously ? If "yes", when ?

---

4. Apakah sebelumnya pernah menjalani Rawat inap karena penyakit ini juga ? Bila "ya" berapa lama dan di Rumah sakit mana ?  
Have you on any occasion also undergone overnight care for this condition ? If "yes" how long and in which hospital ?  
\_\_\_\_\_ s/d \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

---

5. Apakah saudara pernah menjalani Medical Check-Up ? Bila "ya" kapan dan dimana ?  
Have you ever undergone a medical check-up ? If "yes" when and where ?

---

6. Apakah Saudara memiliki Polis Asuransi lain? Sebutkan  
Do you have another Insurance Policy ? If so, please state

Dengan ini saya menyatakan, bahwa semua keterangan yang saya berikan di atas adalah benar. Saya setuju bahwa bila keterangan yang saya berikan tidak benar, maka PT. ARTHAGRAHA GENERAL INSURANCE tidak berkewajiban untuk mempertimbangkan klaim saya.

I hereby declare that all above statements and information are true. I agree that any false, incorrect or misleading statements and information may release PT. ARTHAGRAHA GENERAL INSURANCE from any liability to pay my claims.

Dengan ini saya juga menyatakan setuju untuk membayar biaya Rawat Inap dan/atau Pembedahan yang tidak dijamin dalam manfaat AG Insurance MediCare maupun kelebihan biaya yang terjadi akibat pelayanan rumah sakit yang tidak dijamin dalam manfaat AG Insurance MediCare, kepada pihak Rumah Sakit maupun kepada PT. ARTHAGRAHA GENERAL INSURANCE.  
I herewith agree to pay any medical expenses and / or any excess charge which are excluded in this Policy AG Insurance MediCare, either to the hospital or to PT. ARTHAGRAHA GENERAL INSURANCE.

Transfer Bank / Bank Transfer :  
Nama Bank / Name of Bank :  
Cabang / Branch :  
A/C. No :  
A/N/ On behalf of :

Tanggal / Date  
  
Tanda tangan tertanggung  
Signature of the Insured

**HASIL PEMERIKSAAN  
(RESULT OF EXAMINATION)**

Diisi oleh Dokter / Ahli Bedah yang Memeriksa  
To be filled out by examining Physician / Specialist

---

Saya menerangkan dengan sebenarnya, hasil pemeriksaan yang telah saya lakukan terhadap pasien dibawah ini.  
I hereby make a bone fide declaration of the results of an examination conducted by me on the below-mentioned patient :

\* Nama Pasien : \_\_\_\_\_ \* Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_  
Name of Patient : \_\_\_\_\_ Date of Birth : \_\_\_\_\_  
\* No. Rekam Medis : \_\_\_\_\_ \* Pekerjaan : \_\_\_\_\_  
Medical Record No. : \_\_\_\_\_ Occupation : \_\_\_\_\_

1. Kapan pertama kali pasien menemui Dokter ? (tanggal, bulan, tahun) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
When did the patient see the doctor for the first time ? (date, month, year)
2. a. Gejala Utama : \_\_\_\_\_  
Primary Symptom :  
b. Riwayat pcyakit sckarang : \_\_\_\_\_  
Present condition of patient :
3. Apakah pasien perlu menjalani Perawatan (Rawat inap) ? \_\_\_\_\_  
Does the patient need to continue with treatment (overnight care) ?
4. Apakah Diagnosa dari penyakit tersebut dan dimana letaknya ? \_\_\_\_\_  
What is the diagnosis for the said condition and where is it located ?
5. a. Apakah penyakit tersebut merupakan penyakit lama ( lebih dari 12 bulan ) ? \_\_\_\_\_  
Is the said condition of past disease / older than 12 mouth ?  
b. Apakah penyakit tersebut merupakan penyakit bawaan ? \_\_\_\_\_  
Is the said condition of congenital nature ?  
c. Apakah pasien pernah dirawat dengan diagnosa yang sama sebelumnya ? \_\_\_\_\_  
Has the patient ever undergone treatment on the basis of the same diagnosis ?
6. a. Apakah pasien perlu menjalani operasi / pembedahan ? \_\_\_\_\_  
Did the patient require an operation ?  
b. Sebutkan jenis operasi / pembedahan yang dilakukan ? \_\_\_\_\_  
Please state the nature of operation carried out ?  
c. Tanggal berapa dilakukan operasi ? \_\_\_\_\_  
On what date was the operation carried out ?
7. Apakah penyebab penyakit tersebut menurut pengamatan dokter ? \_\_\_\_\_  
What caused the said condition according to the doctor's observations ?

Terima kasih atas kerjasamanya.  
( Thank you for your co-operation )

( tgl / bln / thn )  
( day / month / year )

Nama Dokter / Spesialis Bedah : \_\_\_\_\_  
Name of Doctor / Specialist

Alamat dokter / specialist bedah : \_\_\_\_\_  
(Address of Doctor / Specialist)

\_\_\_\_\_  
Tanda tangan Dokter  
(Signature of Doctor)

\_\_\_\_\_  
Cap Rumah Sakit  
Hospital Stamp

\_\_\_\_\_  
Tanda tangan Spesialis Bedah  
(Signature of specialist)