FORMULIR KLAIM FAEDAH KELOMPOK RAWAT JALAN & PERAWATAN GIGI
PT AVRIST ASSURANCE

avrist
Advancing Life

Petunjuk-petunjuk:
1. Formulir ini harus diisi oleh Pasien/Tertanggung* dan Dokter yang merawat dan satu formulir klaim berlaku untuk SATU pasien saja.
2. Kuitansi asli dan salinan resep biaya yang dikeluarkan harus dilampirkan dan dicantumkan tanggal perawatan, nama pasien, diagnosa, cap dan tanda tangan Dokter yang merawat.
3. Klaim atas pengeluaran yang terjadi dalam membeli obat-obatan dan/atau klaim karena menjalani pemeriksaan sinar X /tes-tes laboratorium harus didukung oleh resep atau rekomendasi dari dokter yang merawat dan kuitansi/tanda terima dari apotik atau laboratorium harus asli.
4. Klaim biaya perawatan harus diserahkan dalam waktu 90 (sembilan puluh) hari sejak tanggal perawatan.

A. DIISI DENGAN LENGKAP OLEH PASIEN/TERTANGGUNG *

Nama Perusahaan

Nama Karyawan/ti

Nama Pasien (jika bukan karyawan)

Jenis Kelamin ☐ Laki-laki ☐ Perempuan

No. Polis

No. Kepesertaan

Hubungan Pasien/Tertanggung dengan Karyawan

Tanggal Lahir ☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐
DD MM YYYY

*) Jika Pasien/Tertanggung berusia kurang dari 18 tahun, maka formulir ini diisi oleh karyawan.

Saya, selaku pasien dari rumah sakit/klinik, dengan ini secara tidak dapat dicabut kembali dan tanpa paksaan dari pihak manapun menyatakan sebagai berikut:
1. Saya memberikan kuasa dengan hak substitusi kepada Avrist Assurance untuk mendapatkan segala keterangan/catatan medis dari Rumah Sakit/pihak lain sehubungan dengan diagnosa dan atau pelayanan medis yang diberikan kepada Saya sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Saya melepaskan ketentuan-ketentuan dalam Pasal 1813, 1814 dan 1816 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata Indonesia tentang berakhirnya kuasa.
2. Kuasa yang Saya berikan dalam Formulir Klaim Faedah Kelompok Rawat Jalan & Perawatan Gigi, baik yang asli maupun salinannya, memiliki kekuatan hukum yang sah.
3. Seluruh keterangan yang tercantum dalam Formulir Klaim Faedah Kelompok Rawat Jalan & Perawatan Gigi adalah lengkap dan benar dan dengan ini memahami dan menyetujui bahwa Avrist Assurance dapat menolak klaim yang Saya ajukan dalam Formulir ini apabila keterangan dan pernyataan yang Saya atau Dokter berikan dalam Formulir ini ternyata diketahui tidak benar dan tidak akurat oleh Avrist Assurance.
4. Saya memiliki hak dan kewenangan penuh untuk memberikan pernyataan dan kuasa sebagaimana yang disebutkan dalam Formulir Klaim Faedah Kelompok Rawat Jalan dan Perawatan Gigi ini.

Tanda tangan pasien/karyawan dan tanggal perawatan

B. DIISI DENGAN LENGKAP OLEH DOKTER YANG MEMERIKSA

Nama Dokter :

Anamnesa :

Pemeriksaan Fisik :

Diagnosa (harap ditulis dengan huruf cetak) :

ICD X Code

DD/ :

Pemeriksaan Penunjang / Laboratorium :

Anjuran :

Therapy (Salinan Resep Obat) :

Alamat Klinik/Rumah Sakit

No. Telepon/HP ☐☐☐ — ☐☐☐☐☐☐☐☐

Diagnosa gigi

8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8

Dengan ini Saya menyatakan bahwa pernyataan-pernyataan yang saya tulis adalah lengkap dan benar dan dengan ini memahami dan menyetujui bahwa Avrist Assurance dapat menolak klaim yang diajukan dalam Formulir ini apabila keterangan dan pernyataan yang Saya berikan dalam Formulir ini ternyata diketahui tidak benar dan tidak akurat oleh Avrist Assurance.

PERINGATAN:
Formulir WAJIB diisi dengan lengkap. Jika tidak, maka proses klaim akan mengalami hambatan.

Tanda Tangan Dokter dan Tanggal Ditandatangani
Stempel Rumah Sakit/Klinik