



Life Insurance

PT A.J. CENTRAL ASIA RAYA

WISMA ASIA Lt. 11

Jl. Letjen. S. Parman Kav. 79

Jakarta 11420, Indonesia

Telp. : (021) 5637901 (Hunting)

Fax. : (021) 5637902 - 5637903

Email : lancar@car.co.id

Homepage : www.car.co.id



RAHASIA
CONFIDENTIAL

Untuk Perhatian / For Attention : **BAGIAN CLAIM PROCESS / CLAIM PROCESS DEPARTMENT** Perihal : **PEMBERITAHUAN KLAIM RAWAT JALAN**
Regarding : **OUTPATIENT CLAIM NOTIFICATION**

I. DATA PRIBADI PESERTA / PARTICIPANT'S IDENTITY

Nama Peserta / Participant Name : _____ No. Indeks / Index Number : _____
Nama Perusahaan / Company Name : _____ No. Polis / Policy Number : _____
Jenis Identitas Diri / Type of Identity : ☐ KTP / ID Card ☐ SIM / Driving Licence ☐ Paspor / Passport ☐ Lainnya / Others : _____
No. Identitas Diri / Identity Number : _____
Tanggal Lahir / Date Of Birth : ____/____/____ Usia / Age : _____ tahun / years
Tgl/date bln/month thn/year
Status / Status : ☐ Karyawan / Employee ☐ Istri / Wife ☐ Suami / Husband ☐ Anak / Child
No. Telepon / Telephone Number : _____ No. Ponsel / Handphone : _____

II. INFORMASI RAWAT JALAN / OUTPATIENT INFORMATION (Diisi oleh Dokter Yang Memeriksa / Filled by Attending Doctor)

Anamnesa / Anamnesis : _____
Pemeriksaan Fisik / Physical Examination : _____
Diagnosa / Diagnosis : _____
Terapi / Therapy : _____
Anjuran / Suggestion : _____
Catatan / Notes : _____

1. Pemberian obat dan pemeriksaan penunjang yang tidak sesuai kode etik profesi kedokteran yang berlaku di wilayah Negara Republik Indonesia, tidak dijamin.
Administration of drugs and supporting examination that do not relevant to the medical code of ethics applicable within the territory of the Republic of Indonesia, is not guaranteed
2. Sehubungan dengan limit manfaat yang terbatas, diharapkan dokter yang merawat hanya memberikan tindakan medis dan pengobatan yang sesuai dengan diagnosa, karena biaya tindakan dan pengobatan yang tidak sesuai diagnosa akan menjadi tanggung jawab peserta.
With respect to the limited benefit, the attending physician is expected to only provide medical treatment and medication with relevance to diagnosis, since the costs of treatment and medication that are not relevant to diagnosis would be the participants' responsibilities.

Ditandatangani di / Signed in _____ Tanggal / Date : ____/____/____
Tgl/date bln/month thn/year

Tanda Tangan & Cap Dokter
Sign & Doctor's Chapter

Nama Dokter / Doctor Name : _____
Alamat / Address : _____
No. Telepon / Telephone Number : _____ No. Ponsel / Handphone : _____

III. PERNYATAAN DAN KUASA / DECLARATION & AUTHORIZATION

1. Saya menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa seluruh pernyataan dan jawaban-jawaban yang saya nyatakan dalam Surat Pemberitahuan Klaim Rawat Jalan ini telah diberikan secara benar, lengkap dan sesuai dengan keadaan / kondisi yang sebenarnya.
I truthfully declare that all statements and answers stated in this Outpatient Claims Notification are correct, complete, and in accordance with the fact / real condition.
2. Saya memberikan izin / persetujuan dan/atau kuasa kepada Dokter untuk memberikan informasi tentang riwayat kesehatan saya, riwayat perawatan Rumah Sakit dan hasil pemeriksaan kesehatan lainnya kepada PT A.J. Central Asia Raya.
I give consent / approval and / or authorize the doctor to give information regarding my medical records, hospital records, and other medical examination records to the PT A.J. Central Asia Raya.

Ditandatangani di / Signed in _____ Tanggal / Date : ____/____/____
Tgl/date bln/month thn/year

Nama Peserta / Wali : _____
Participant / Guardian Name

* Apabila Peserta karena kondisi kesehatannya tidak memungkinkan atau peserta anak dan karenanya tidak dapat menandatangani pernyataan ini maka Peserta dapat diwakilkan oleh orang tua / anggota keluarga terdekat dengan melampirkan fotocopy KTP. / If the Participant due to his health condition does not allow or children status and therefore can not sign this statement, Participants can be represented by a parent / closest family member by enclose copy of ID Card

HID/014/2013-01/001