

- Isi/lengkapi/coret apabila perlu.

* Jika pengisian salah, harap dicoret dan ditandatangani (jangan menggunakan tip ex).
* Jangan menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong

- Beri tanda  dalam kotak pertanyaan pilihan.

FORMULIR PENGAJUAN KLAIM RAWAT INAP

(Diisi oleh Pemegang Polis/Tertanggung)

***Agar mempercepat proses klaim, harap semua pertanyaan di bawah ini dijawab dengan benar, lengkap dan jelas***

# Yang bertandatangan di bawah ini :

**Data Pemegang Polis & Tertanggung**

Nama Pemegang Polis :

Nama Tertanggung :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Jenis Kelamin : Pria  Jenis Kelamin : Pria | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |

Nomor Polis :

Nomor KTP/Identitas Lain : Nomor Telepon/Handphone :

# Menerangkan bahwa:

Wanita Wanita

**Data Pasien**

Nama Pasien

Nama Panggilan/Alias Tanggal Lahir

Nomor KTP/Identitas Lain

# Telah dirawat inap pada

Periode Perawatan

Nama & Alamat Rumah Sakit

:

:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Jenis Kelamin : Pria | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | | *(tgl-bln-thn)* Usia | | | | |  |  | *Thn* | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |

: - -

:

:

-

-

*s/d*

-

-

*(tgl-bln-thn)*

:

Wanita

Dokter yang merawat :

No. Kartu Pasien :

# Jika Rawat Inap Karena Penyakit

Keluhan & gejala yang menyebabkan masuk Rumah Sakit

Sejak kapan keluhan & gejala tersebut pertama kali muncul

- - *(tgl-bln-thn)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

atau sejak,

Nama/Diagnosa Penyakit

**Jika Rawat Inap Karena Kecelakaan** Tempat & tanggal terjadinya kecelakaan : Keadaan luka secara terperinci :

Kronologis terjadinya kecelakaan :

-

-

*(tgl-bln-thn)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

# Jika Rawat Inap Karena Penyebab Lain

Apakah penyebab rawat inap : Ya disebabkan oleh pengaruh alkohol/narkotika/obat-obatan/

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

Tidak Jika Ya, mohon jelaskan\*

lainnya?

Diderita

Sejak : - -

*(tgl-bln-thn)*

***\*Gunakan Lembar tambahan jika diperlukan***

**FORMULIR PENGAJUAN KLAIM RAWAT INAP**



Apakah Anda memiliki riwayat : Ya penyakit berhubungan dengan

hipertensi, kencing manis,

Tidak Jika Ya, mohon jelaskan\*

jantung, paru-paru, kejiwaan, bawaan, HIV, lainnya?

Diderita

Sejak : - -

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

*(tgl-bln-thn)*

Nama Dokter/Rumah Sakit/Puskesmas/Laboratorium yang pernah Anda kunjungi untuk konsultasi penyakit lainnya?

# Polis lain yang dimiliki oleh Tertanggung

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | Nama Perusahaan Asuransi | Nama Produk/Program Asuransi | No. Polis Asuransi |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Apabila klaim disetujui, pembayaran klaim akan ditransfer ke:**

:

:

:

:

Atas Nama No. Rekening Nama Bank

Cabang

**DATA REKENING**

**PERNYATAAN DAN SURAT KUASA**

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. Dengan ini saya memberi kuasa yang tidak akan berakhir karena sebab-sebab yang tercantum dalam pasal 1813 KUH Perdata kepada setiap Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Laboratorium, Institusi Medis manapun, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Lembaga, atau Perorangan yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung, untuk memberitahukan kepada PT MNC Life Assurance atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Tertanggung. Fotokopi dari Surat Kuasa ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

Ditandatangani di

Tanggal - -

(tgl-bln-thn)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **TANDA TANGAN** |
|  |
| Nama Jelas : |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PENGAJUAN KLAIM MENINGGAL DUNIA HARUS DISERTAI DENGAN DOKUMEN-DOKUMEN SEBAGAI BERIKUT :** | | | |
|  **Keperluan Dokumen** | | | |
|  |  |  | ASLI - Formulir Pengajuan Klaim Rawat Inap |
|  |  |  | ASLI - Formulir Surat Keterangan Dokter untuk Rawat Inap |
|  |  |  | ASLI - Kwitansi / bukti pembayaran dari rumah sakit dan seluruh perinciannya |
|  |  |  | COPY - Polis |
|  |  |  | COPY - Legalisir Kartu Pengenal Tertanggung |
|  |  |  | COPY - Legalisir Hasil Pemeriksaan Penunjang (laboratorium. radiologi, EKG, dll) |
|  |  |  | Dokumen lain yang dianggap perlu |