

Formulir Klaim Polis Asuransi Kesehatan

Bagian - A

UNTUK DIISI OLEH TERTANGGUNG

Penerbitan Formulir ini tidak boleh dianggap sebagai pengakuan tanggung jawab

(Diisi dengan huruf balok)

RINCIAN ASURANSI UTAMA

a) Nomor Polis b) sl. No./Nomor Sertifikat

c) Nomor Identitas Perusahaan/TPA.

d) Nama NAMA DEPAN NAMA TENGAH NAMA KELUARGA

e) Alamat

Kota Negara Kode PIN

f) Nomor Telepon g) ID email

RINCIAN RIWAYAT ASURANSI

a) Saat ini dilindungi oleh Mediclaim / Asuransi Kesehatan lainnya ☐ Ya ☐ TIDAK

b) Tanggal dimulainya Asuransi pertama tanpa putus DDMM YYYY

c) Jika Ya, Nama Perusahaan Nomor Kebijakan. Uang Pertanggungan (')

d) Apakah Anda pernah dirawat di rumah sakit dalam empat tahun terakhir sejak dimulainya kontrak? ☐ Ya ☐ TIDAK Tanggal DDMM YYYY

Diagnosa

e) Sebelumnya dilindungi oleh Mediclaim / Asuransi Kesehatan lainnya ☐ Ya ☐ TIDAK

f) Jika Ya, Nama Perusahaan

RINCIAN ORANG YANG DIASURANSIKAN DI RUMAH SAKIT

sebuah nama NAMA DEPAN NAMA TENGAH NAMA KELUARGA

b) Jenis Kelamin ☐ Pria ☐ Perempuan ☐ Yang lain kurungan (BERTAHUN-TAHUN) / (BULAN) d) Tanggal lahir DDMM YYYY

e) Hubungan dengan Diri Tertanggung Utama ☐ Pasangan ☐ Anak ☐ Ayah ☐ Ibu ☐ Lainnya ☐ (Harap sebutkan)

f) Layanan Pekerjaan ☐ Wiraswasta ☐ Ibu rumah tangga ☐ Murid ☐ Pensiun ☐ Lainnya ☐ (Harap sebutkan)

g) Alamat (Jika berbeda dari di atas)

Kota Negara Kode PIN

h) Nomor Telepon i) ID Email

RINCIAN RUMAH SAKIT

a) Nama Rumah Sakit di mana Diadopsi

b) Kategori Kamar yang ditempati ☐ Tempat penitipan anak ☐ Hunian tunggal ☐ Berbagi kembar ☐ 3 tempat tidur atau lebih per kamar ☐ ICU ☐

c) Rawat inap karena ☐ Cedera ☐ Penyakit ☐ Bersalin ☐

d) Tanggal Cedera/ Tanggal Penyakit pertama kali terdeteksi / Tanggal Persalinan DDMM YYYY e) Tanggal Penerimaan DDMM YYYY f) Waktu HH: MM

g) Tanggal Pemulangan DDMM YYYY h) Waktu HH: MM

i) Jika Cedera memberikan penyebabnya ☐ Disebabkan oleh Diri Sendiri ☐ Kecelakaan Lalu Lintas Jalan ☐ Penyalahgunaan Zat/ Konsumsi Alkohol ☐ No iii)

i) Jika Medico legal ☐ ya ☐ Tidak ☐ ii) Dilaporkan ke Polisi ☐ Ya ☐ Laporan MLC & FIR Polisi Terlampir ☐ Ya ☐ TIDAK ☐

j) Sistem Kedokteran

RINCIAN KLAIM

a) Rincian Biaya Perawatan yang Diklaim

i) Biaya Pra-Rawat Inap`	<input type="text"/>	ii) Biaya Rawat Inap`	<input type="text"/>
iii) Biaya Pasca Rawat Inap`	<input type="text"/>	iv) Biaya Pemeriksaan Kesehatan`	<input type="text"/>
v) Biaya Ambulans`	<input type="text"/>	vi) Lainnya: (Kode)	<input type="text"/>
		Total:	<input type="text"/>

vii) Periode Pra rawat inap hari

viii) Periode Pasca Rawat Inap hari

b) Klaim Rawat Inap Domisili ☐ Ya ☐ Tidak (jika ya, berikan rinciannya di Lampiran)

c) Rincian Lump Sum/Manfaat Tunai yang Diklaim

i) Uang Tunai Harian Rumah Sakit`	<input type="text"/>	ii) Uang Bedah`	<input type="text"/>
iii) Santunan Penyakit Kritis`	<input type="text"/>	iv) Pemulihan`	<input type="text"/>
v) Manfaat Lumpsum Pra/Pasca Rawat Inap`	<input type="text"/>	vi) Lainnya`	<input type="text"/>
		Total:	<input type="text"/>

Daftar Periksa Dokumen Klaim yang Diserahkan:

- ☐ Formulir Klaim Ditandatangani dengan Benar
- ☐ Copy Surat Pemberitahuan Klaim, apabila ada
- ☐ Tagihan Utama Rumah Sakit
- ☐ RUU Pemisahan Rumah Sakit
- ☐ Kwitansi Pembayaran Tagihan Rumah Sakit
- ☐ Ringkasan Pemulangan Rumah Sakit
- ☐ Tagihan Apotek
- ☐ Ruang Operasi Catatan
- ☐ EKG
- ☐ Permintaan Dokter untuk Pemeriksaan
- ☐ Laporan Investigasi (Termasuk CT/MRI/USG/HPE)
- ☐ Resep Dokter
- ☐ Yang lain

DETAIL TAGIHAN TERLAMPIR

Sl TIDAK	RUU No	Tanggal	Dikeluarkan oleh	Terhadap	Jumlah
1.		D D M M Y Y Y Y		RUU Utama Rumah Sakit	
2.		D D M M Y Y Y Y		Tagihan Pra-rawat inap:_____Nos	
3.		D D M M Y Y Y Y		Tagihan Pasca Rawat Inap:_____Nos	
4.		D D M M Y Y Y Y		Tagihan Farmasi	
5.		D D M M Y Y Y Y			
6.		D D M M Y Y Y Y			
7.		D D M M Y Y Y Y			
8.		D D M M Y Y Y Y			
9.		D D M M Y Y Y Y			
10.		D D M M Y Y Y Y			

RINCIAN REKENING BANK TERASURANSI UTAMA

a) PAN	<input type="text"/>	b) Nomor Rekening	<input type="text"/>
c) Nama Bank dan Cabang	<input type="text"/>		
d) Rincian Hutang Cek/DD	<input type="text"/>	e) Kode IFSC	<input type="text"/>

PERNYATAAN OLEH TERTANGGUNG

Saya dengan ini menyatakan bahwa informasi yang diberikan dalam formulir klaim ini adalah benar & benar sepanjang pengetahuan dan keyakinan saya. Jika saya telah membuat pernyataan yang salah atau tidak benar, menyembunyikan atau menyembunyikan fakta material sehubungan dengan pertanyaan yang diajukan sehubungan dengan klaim ini, hak saya untuk mengklaim penggantian akan hilang. Saya juga menyetujui & memberi wewenang kepada TPA / Perusahaan Asuransi, untuk mencari informasi / dokumen medis yang diperlukan dari rumah sakit / Praktisi Medis mana pun yang telah merawat orang yang menjadi sasaran klaim ini. Saya dengan ini menyatakan bahwa saya telah menyertakan semua tagihan/kwitansi untuk keperluan klaim ini & bahwa saya tidak akan membuat klaim tambahan apapun kecuali klaim pra/pasca rawat inap, jika ada.

Tanggal Tempat Tanda Tangan Tertanggung

Kotak Mahindra General Insurance Company Ltd.

CIN: U66000MH2014PLC260291. Kantor Terdaftar: 27 BKC, C 27, Blok G, Kompleks Bandra Kurla, Bandra East, Mumbai - 400051. Maharashtra, India.

Kantor: Lantai 8, Zona IV, Kotak Infinity, Bldg. 21, Infinity IT Park, Off WEH, Jenderal AK Vaidya Marg, Dindoshi, Malad (E), Mumbai - 400097. India.

Bebas Pulsa: 1800 266 4545 Email: care@kotak.com Website: www.kotakgeneralinsurance.com IRDAI Reg. Nomor 152.

PANDUAN PENGISIAN FORMULIR KLAIM – BAGIAN A (Diisi oleh tertanggung)		
BAGIAN A - DETAIL TERASURANSI UTAMA		
ELEMEN DATA	KETERANGAN	FORMAT
a) Kebijakan No.	Masukkan nomor polis	Seperti yang ditentukan oleh perusahaan asuransi
b) SI. Tidak/Nomor Sertifikat.	Masukkan nomor Asuransi Sosial atau nomor Sertifikat skema asuransi kesehatan sosial	Seperti yang ditentukan oleh Organisasi
c) Nomor TPA Perusahaan No.	Masukkan nomor ID TPA	Nomor lisensi yang diberikan oleh IRDA dan dicetak dalam dokumen TPA
d) Nama	Masukkan nama lengkap Pemegang Polis	Nama Belakang, Nama Depan, Nama Tengah
e) Alamat	Masukkan Alamat Pos lengkap	Sertakan Jalan, Kota dan Kode Pin
BAGIAN B - RINCIAN RIWAYAT ASURANSI		
a) Saat ini dilindungi oleh Mediclaim / Asuransi Kesehatan lainnya?	Tunjukkan apakah saat ini dilindungi oleh Mediclaim / Asuransi Kesehatan lain	Centang Ya atau Tidak
b) Tanggal Dimulainya Asuransi Pertama Tanpa Istirahat	Masukkan Tanggal Mulainya asuransi pertama	Gunakan format dd-mm-yy
c) Nama Perusahaan	Masukkan Nama Lengkap Perusahaan Asuransi	Nama Organisasi secara lengkap
Nomor Kebijakan.	Masukkan Nomor Polis	Seperti yang ditentukan oleh Perusahaan Asuransi
Uang pertanggungan	Masukkan Total Uang Pertanggungan sesuai Polis	Dalam Rupee
d) Apakah Anda pernah dirawat di Rumah Sakit dalam empat tahun terakhir sejak itu dimulainya kontrak?	Tunjukkan apakah dirawat di rumah sakit dalam empat tahun terakhir	Centang Ya atau Tidak
Tanggal	Masukkan Tanggal rawat inap	Gunakan format mm-yy
Diagnosa	Masukkan Detail Diagnosis	Buka Teks
e) Sebelumnya dilindungi oleh Mediclaim/ Asuransi Kesehatan lainnya?	Tunjukkan apakah sebelumnya dilindungi oleh Mediclaim / Asuransi Kesehatan lain	Centang Ya atau Tidak
f) Nama Perusahaan	Masukkan Nama Lengkap Perusahaan Asuransi	Nama Organisasi secara lengkap
BAGIAN C - RINCIAN ORANG YANG DIASURANSIKAN DI RUMAH SAKIT		
sebuah nama	Masukkan Nama Lengkap Pasien	Nama Belakang, Nama Depan, Nama Tengah
b) Jenis Kelamin	Tunjukkan Jenis Kelamin Pasien	Centang Pria atau Wanita
kurungan	Masukkan Usia Pasien	Jumlah Tahun dan Bulan
d) Tanggal Lahir	Masukkan Tanggal Lahir Pasien	Gunakan format dd-mm-yy
e) Hubungan dengan Tertanggung Utama	Tunjukkan Hubungan Pasien dengan Pemegang Polis	Centang opsi yang tepat. Jika yang lain, harap sebutkan
f) Pekerjaan	Tunjukkan Pekerjaan Pasien	Centang opsi yang tepat. Jika yang lain, harap sebutkan
g) Alamat	Masukkan Alamat Pos Lengkap	Sertakan Jalan, Kota dan Kode Pin
h) Nomor Telepon	Masukkan Nomor Telepon Pasien	Cantumkan kode STD dengan nomor telepon
i) ID email	Masukkan Alamat Email Pasien	Alamat Email Lengkap
BAGIAN D - RINCIAN RUMAH SAKIT		
a) Nama Rumah Sakit di mana Diadopsi	Masukkan Nama Rumah Sakit	Nama Rumah Sakit secara lengkap
b) Kategori Kamar Terisi	Tunjukkan Kategori Kamar yang Dihuni	Centang opsi yang tepat
c) rawat inap karena	Cantumkan Alasan rawat inap	Centang opsi yang tepat
d) Tanggal Cedera / Tanggal Penyakit Pertama Kali Terdeteksi / Tanggal Persalinan	Masukkan Tanggal yang Relevan	Gunakan format dd-mm-yy
e) Tanggal Penerimaan	Masukkan Tanggal Penerimaan	Gunakan format dd-mm-yy
f) Waktu	Masukkan Waktu Penerimaan	Gunakan format jj:mm
g) Tanggal Pemulangan	Masukkan Tanggal Keluar	Gunakan format dd-mm-yy
h) Waktu	Masukkan Waktu Pembuangan	Gunakan format jj:mm
i) Total Hari yang dihabiskan di ICU	Masukkan jumlah hari	Gunakan format numerik

j) Jika Cedera, berikan penyebabnya	Tunjukkan Penyebab Cedera	Centang opsi yang tepat
Jika Medico Legal	Tunjukkan apakah Cedera adalah Medico Legal	Centang Ya atau Tidak
Dilaporkan ke Polisi	Tunjukkan apakah Laporan Polisi telah diajukan	Centang Ya atau Tidak
Laporan MLC & FIR Polisi terlampir	Tunjukkan apakah Laporan MLC dan FIR Polisi terlampir	Centang Ya atau Tidak
k) Sistem Kedokteran	Masuk ke Sistem Kedokteran yang diikuti dalam merawat Pasien	Buka Teks

BAGIAN E - RINCIAN KLAIM		
a) Rincian Biaya Pengobatan	Masukkan Jumlah yang diklaim sebagai Biaya Perawatan	Dalam Rupee (jangan masukkan nilai paise)
b) Tuntutan rawat inap Domisili	Tunjukkan apakah Klaim ditujukan untuk rawat inap Domisili	Centang Ya atau Tidak
c) Rincian Lump Sum/Manfaat Tunai yang diklaim	Masukkan Jumlah yang diklaim sebagai Lump Sum / Manfaat Tunai	Dalam Rupee (jangan masukkan nilai paise)
d) Dokumen Klaim Dikirim - Daftar Periksa	Tunjukkan dokumen pendukung mana yang diserahkan	Centang opsi yang tepat

BAGIAN F - RINCIAN TAGIHAN TERLAMPIR		
Tunjukkan tagihan mana yang dilampirkan dengan Jumlah dalam Rupee		

BAGIAN G - RINCIAN REKENING BANK TERASURANSI UTAMA		
a) PAN	Masukkan Nomor Rekening Permanen	Seperti yang diberikan oleh Departemen Pajak Penghasilan
b) Nomor Rekening	Masukkan Nomor Rekening Bank	Seperti yang ditentukan oleh Bank
c) Nama Bank dan Cabang	Masukkan Nama Bank beserta Cabangnya	Nama Bank secara lengkap
d) Cek / DD Rincian Hutang	Masukkan Nama Penerima, Cek/DD harus dibuat	Nama Perorangan/Organisasi secara lengkap
e) Kode IFSC	Masukkan Kode IFSC Cabang Bank	Kode IFSC Cabang Bank secara lengkap

BAGIAN H - PERNYATAAN OLEH TERMASUK		
Bacalah Deklarasi dengan seksama dan sebutkan tanggal (dalam format dd:mm:yy), tempat (teks terbuka) dan tanda tangan.		