



PERUSAHAAN ASURANSI INDIA UNITED TERDAFTAR  
& KANTOR PUSAT: 24, WHITES ROAD, CHENNAI-600014

FORMULIR KLAIM - 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 Kebijakan:																b) sl. Tidak/Nomor Sertifikat:																
c) Nomor Identitas Perusahaan/TPA:																																
d) Nama:																																
e) Alamat:																																
Kota:																Negara:																
Kode PIN:						No Telepon:											ID email:															

RINCIAN RIWAYAT ASURANSI

a) Saat ini dilindungi oleh Medicaclaim/Asuransi Kesehatan lainnya:	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak					b) Tanggal dimulainya asuransi pertama tanpa putus:																									
c) Jika ya, nama perusahaan:																Nomor Kebijakan:															
Uang pertanggungan ():						d) Apakah Anda pernah dirawat di rumah sakit dalam empat tahun terakhir sejak dimulainya kontrak?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak					Tanggal:																			
Diagnosa:																										e) Sebelumnya dilindungi oleh Medicaclaim/Asuransi Kesehatan lainnya:	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak				
f) Jika ya, Nama Perusahaan :																															

RINCIAN ORANG YANG DIASURANSIKAN DI RUMAH SAKIT

sebuah nama:																																
b) jenis kelamin:	Pria <input type="checkbox"/> Perempuan <input type="checkbox"/>					c) Umur: tahun						bulan						d) Tanggal Lahir:														
e) Hubungan dengan Tertanggung Utama:	Dokter <input type="checkbox"/> Pasangan <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Ayah <input type="checkbox"/> Ibu <input type="checkbox"/> Lainnya <input type="checkbox"/> (Harap tentukan)																															
f) Pekerjaan:	Melayani <input type="checkbox"/> Bekerja sendiri <input type="checkbox"/> Ibu rumah tangga <input type="checkbox"/> Murid <input type="checkbox"/> Pensiun <input type="checkbox"/> Lainnya <input type="checkbox"/> (Harap tentukan)																															
g) Alamat (bila berbeda dengan di atas):																																
Kota:																Negara:																
Kode PIN:						No Telepon:											ID email:															

RINCIAN RUMAH SAKIT

a) Nama Rumah Sakit di mana Diadopsi:																																
b) Kategori kamar yang ditempati:	Penitipan Anak <input type="checkbox"/> Hunian tunggal <input type="checkbox"/> Berbagi kamar <input type="checkbox"/> 3 tempat tidur atau lebih per kamar <input type="checkbox"/>																															
c) Rawat inap karena:	Cedera <input type="checkbox"/> Penyakit <input type="checkbox"/> Bersalin <input type="checkbox"/>					d) Tanggal cedera/ Tanggal Penyakit pertama kali terdeteksi/ Tanggal Persalinan:																										
e) Tanggal Penerimaan:						f) Waktu:						g) Tanggal Pemulangan:						h) Waktu:														
i) Jika cedera, berikan penyebabnya:	Ditumbulkan sendiri <input type="checkbox"/> Kecelakaan Lalu Lintas Jalan <input type="checkbox"/> Penyalahgunaan Zat / Konsumsi Alkohol <input type="checkbox"/> Saya, jika Medico Legal: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak																															
ii. Dilaporkan ke polisi:	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak					aku aku aku. Laporan MLC & FIR Polisi terlampir:	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak					j) Sistem pengobatan:																				

RINCIAN KLAIM

a) Rincian biaya pengobatan yang diklaim																															Dokumen Klaim Diserahkan- Daftar Periksa:									
Saya. Biaya Pra Rawat Inap																					<input type="checkbox"/> Formulir Klaim Dibandatangani dengan benar																			
aku aku aku. Biaya Pasca Rawat Inap																					<input type="checkbox"/> Salinan pemberitahuan klaim, jika ada																			
v. Biaya Ambulans																					<input type="checkbox"/> Tagihan Utama Rumah Sakit																			
vi. Periode pra rawat inap: hari																<input type="checkbox"/> Tagihan Pemisahan Rumah Sakit																								
b) Tagihan Rawat Inap Domisili: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak						(jika ya, berikan rinciannya di lampiran)										<input type="checkbox"/> Ringkasan Keluar Rumah Sakit																								
c) Rincian Lump sum/manfaat tunai yang diklaim:																					<input type="checkbox"/> RUU Farmasi																			
Saya. Uang Tunai Harian Rumah Sakit:																					<input type="checkbox"/> Catatan Ruang Operasi																			
aku aku aku. Manfaat Penyakit Kritis:																					<input type="checkbox"/> EKG																			
v. Pra/Pasca rumah sakit. Manfaat sekaligus:																					<input type="checkbox"/> Permintaan dokter untuk pemeriksaan																			
																					<input type="checkbox"/> Laporan Investigasi (termasuk CT/ MRI/USG/HPE)																			
																					<input type="checkbox"/> Resep dokter																			
																					<input type="checkbox"/> Yang lain																			

DETAIL TAGIHAN TERLAMPIR

sl. TIDAK	RUU No.	Tanggal	Dikeluarkan oleh	Terhadap	Jumlah (')
1				RUU Utama Rumah Sakit	
2				Tagihan pra rawat inap: ____ Nos	
3				Tagihan pasca rawat inap: ____ Nos	
4				Tagihan Farmasi:	
5					
6					
7					
8					
9					
10					

RINCIAN REKENING BANK TERASURANSI UTAMA

a) PAN:																b) Nomor Rekening:															
c) Nama Bank dan Cabang																															

d) Rincian Cek/ DD Hutang:

e) Kode IFSC:

PERNYATAAN OLEH TERTANGGUNG

Saya dengan ini menyatakan bahwa informasi yang diberikan dalam formulir klaim ini adalah benar & benar sejalan 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 / Prakteki Medis mana pun yang telah merawat orang yang menjadi sasaran klaim ini. Saya dengan ini menyatakan bahwa saya telah menyertakan seluruh tagihan/kwitansi untuk keperluan klaim ini & bahwa saya tidak akan melakukan klaim tambahan apa pun kecuali klaim pra/pasca rawat inap, jika ada.

Tanggal:

Tempat:

Tanda tangan tertanggung:

PANDUAN PENGISIAN FORMULIR KLAIM – BAGIAN A (Diisi oleh tertanggung)		
ELEMEN DATA	KETERANGAN	FORMAT
BAGIAN A - DETAIL TERASURANSI UTAMA		
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 No 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 putus	Masukkan tanggal dimulainya 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 4 tahun terakhir sejak dimulainya kontrak?	Tunjukkan apakah dirawat di rumah sakit dalam 4 tahun terakhir	Centang Ya atau Tidak
Tanggal	Masukkan tanggal rawat inap	Gunakan format mm-yy
Diagnosa	Masukkan detail diagnosis	Buka Teks
e) Sebelumnya Ditanggung 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		
Sebuti nama	Masukkan nama lengkap pasien	Nama Belakang, Nama Depan, Nama Tengah
bi 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 tempat dirawat	Masukkan nama rumah sakit	Nama rumah sakit secara lengkap
b) Kategori kamar yang ditempati	Tunjukkan kategori kamar yang ditempati	Centang opsi yang tepat
c) Rawat inap karena	Tunjukkan 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 masuk	Masukkan tanggal penerimaan	Gunakan format dd-mm-yy
f) Waktu	Masukkan waktu masuk	Gunakan format j:mm
g) Tanggal keluar	Masukkan tanggal keluar	Gunakan format dd-mm-yy
h) Waktu	Masukkan waktu pelepasan	Gunakan format j:mm
i) Jika Cedra melibatkan pengalihan	Tunjukkan penyebab cedera	Centang opsi yang tepat
j) Jika Medico legal	Tunjukkan apakah cedera itu legal secara medis	Centang Ya atau Tidak
k) Dilaporkan ke Polisi	Tunjukkan apakah laporan polisi telah diajukan	Centang Ya atau Tidak
l) Laporan MLC & FIR Polisi terlampir	Tunjukkan apakah laporan MLC dan FIR Polisi terlampir	Centang Ya atau Tidak
m) Sistem Kedokteran	Masukkan sistem pengobatan yang diikuti dalam merawat pasien	Buka Teks
BAGIAN E - RINCIAN KLAIM		
a) Rincian Biaya Pengobatan	Masukkan jumlah yang diklaim sebagai biaya pengobatan	Dalam rupee (jangan masukkan nilai paise)
b) Klaim 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 manfaat sekaligus/tunai	Dalam rupee (jangan masukkan nilai paise)
d) Daftar Periksa Dokumen Klaim yang Diserahkan	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) Rincian cek/DD yang harus dibayar	Masukkan nama penerima cek/DD yang harus dibuat	Nama perseorangan/organisasi secara lengkap
e) Kode IFSC	Masukkan kode IFSC cabang bank	Kode IFSC cabang bank secara lengkap
BAGIAN H - PERNYATAAN OLEH TERMASUK		
Bacalah pernyataan dengan seksama dan sebutkan tanggal (dalam format dd-mm-yy), tempat (teks terbuka) dan tanda tangan.		







PERUSAHAAN ASURANSI INDUS UNITED TERDAFTAR &  
KANTOR PUSAT: 24, WHITES ROAD, CHENNAI 600014

FORMULIR KLAIM - BAGIAN B  
UNTUK DIISI OLEH RUMAH SAKIT

Penerbitan formulir ini tidak boleh dianggap sebagai pengakuan tanggung jawab. Harap  
sertakan formulir permintaan praotorisasi asli sebagai pengganti BAGIAN A

(Diisi dengan huruf balok)

RINCIAN RUMAH SAKIT

a) Nama Rumah Sakit:																											
c) ID Rumah Sakit:							c) Jenis Rumah Sakit:	Jaringan	<input type="checkbox"/>	Non Jaringan	<input type="checkbox"/>	(jika non jaringan, isi Bagian E)															
d) Nama dokter yang merawat:																											
e) Kualifikasi:							f) Nomor Pendaftaran dengan kode negara:							g) Nomor Telepon:													

BAGIAN A

RINCIAN PASIEN DITERIMA

a) Nama Pasien:																												
b) Nomor Registrasi IP:							c) Jenis Kelamin :	Pria	<input type="checkbox"/>	Perempuan	<input type="checkbox"/>	d) Umur: tahun			bulan			e) Tanggal Lahir:										
f) Tanggal Penerimaan:							g) Waktu:			:			h) Tanggal Pemulangan:					i) Waktu:			:							
j) Jenis Penerimaan: Darurat	<input type="checkbox"/>	Berencana	<input type="checkbox"/>	Pengitan Anak	<input type="checkbox"/>	Bersalin	<input type="checkbox"/>	k) Jika Bersalin:	Saya. Tanggal pengirman:							ii. Status Hamil:												
l) Status pada saat keluar:	Dipulangkan ke rumah						<input type="checkbox"/>	Dipulangkan ke rumah sakit lain						<input type="checkbox"/>	Almarhum						<input type="checkbox"/>	m) Total jumlah yang diklaim						

BAGIAN B

DETAIL PENYAKIT YANG DIDIAGNOSIS (PRIMAR)

A)	Kode ICD 10	Keterangan	B)	ICD 10 buah	Keterangan			
Saya. Diagnosa Utama :			Saya. Prosedur 1 :					
ii. Diagnosa Tambahan :			ii. Prosedur 2 :					
atau atau atau. Penyakit penyerta :			atau atau atau. Prosedur 3 :					
iv. Penyakit penyerta :			iv. Detail Prosedur :					
c) Pra-otorisasi diperoleh:	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		d) Nomor pra-otorisasi:					
e) Jika izin dari jaringan rumah sakit tidak diperoleh, berikan alasannya:								
f) Rawat inap karena cedera:	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Saya, jika ya, berikan alasannya	Ditimbulkan sendiri	<input type="checkbox"/>	Kecelakaan Lalu Lintas Jalan	<input type="checkbox"/>	Penyalahgunaan zat/konsumsi alkohol	<input type="checkbox"/>
ii. Jika cedera akibat penyalahgunaan zat/konsumsi alkohol, Uji Dilakukan untuk menetapkan hal ini:	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	(jika ya, lampirkan laporannya)	atau atau atau. Jika Medico Legal:	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	iv. Dilaporkan ke Polisi:	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
v. Nomor Cedera:			vi. Jika tidak dilaporkan ke polisi, berikan alasannya:					

BAGIAN C

DOKUMEN KLAIM DIKIRIM - DAFTAR PERIKSA

<input type="checkbox"/> Formulir klaim diandatangani dengan benar	<input type="checkbox"/> Laporan investigasi
<input type="checkbox"/> Permintaan Pra-otorisasi asli	<input type="checkbox"/> CT/ MRI/ USG/ HPE/ Laporan investigasi
<input type="checkbox"/> Salinan surat persetujuan Pra-otorisasi	<input type="checkbox"/> Slip referensi dokter
<input type="checkbox"/> Salinan foto kartu identitas pasien yang diverifikasi oleh rumah sakit	<input type="checkbox"/> EKG
<input type="checkbox"/> Ringkasan keluar rumah sakit	<input type="checkbox"/> Tagihan apotek
<input type="checkbox"/> Catatan Teater Operasi	<input type="checkbox"/> Laporan MLC & FIR Polisi
<input type="checkbox"/> Tagihan utama rumah sakit	<input type="checkbox"/> Ringkasan kematian asli dari rumah sakit, jika ada
<input type="checkbox"/> Tagihan perpindahan rumah sakit	<input type="checkbox"/> Yang lainnya, harap sebutkan

BAGIAN D

RINCIAN DALAM KASUS RUMAH SAKIT NON JARINGAN(HANYA DIISI DALAM KASUS RUMAH SAKIT NON JARINGAN)

a) Alamat rumah sakit:																												
Kota:														Negara:														
Kode PIN:							b) Nomor Telepon:							c) Nomor Pendaftaran dengan Kode Negara:														
d) Rumah Sakit PAN							e) Jumlah tempat tidur rawat inap			f) Fasilitas yang tersedia di rumah sakit: i. PL:	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	ii. Ruang perawatan khusus	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak															
atau atau atau. Yang lain:																												

BAGIAN E

PERNYATAAN OLEH RUMAH SAKIT

(Harap baca dengan cermat)

Dengan ini kami menyatakan bahwa informasi yang diberikan dalam Formulir Klaim ini adalah benar & benar sepanjang pengetahuan dan keyakinan kami. Jika kami telah membuat pernyataan palsu atau tidak benar, menyembunyikan atau menyembunyikan suatu fakta material, hak kami untuk menuntut berdasarkan tuntutan ini akan hilang.

Tanggal:

Tempat:

Tanda tangan tertanggung:

BAGIAN F

PANDUAN PENGISIAN FORMULIR KLAIM – BAGIAN B (Diisi oleh pihak rumah sakit)		
ELEMEN DATA	KETERANGAN	FORMAT
BAGIAN A - RINCIAN RUMAH SAKIT		
a) Nama Rumah Sakit	Masukkan nama rumah sakit	Nama rumah sakit secara lengkap
b) Identitas Rumah Sakit	Masukkan nomor ID rumah sakit	Seperti yang dialokasikan oleh IPA
c) jenis Rumah Sakit	Tunjukkan apakah Dalam jaringan atau non jaringan rumah sakit	Centang opsi yang tepat
d) Nama dokter yang merawat	Masukkan nama dokter yang merawat	Nama dokter secara lengkap
e) Kualifikasi	Masukkan kualifikasi dokter yang merawat	Singkatan dari kualifikasi pendidikan
f) Nomor Pendaftaran dengan Kode Negara	Masukkan nomor registrasi dokter beserta kode negara	Sebagaimana dialokasikan oleh Dewan Medis India
g) Nomor Telepon.	Masukkan nomor telepon dokter	Cantumkan kode STD dengan nomor telepon
BAGIAN B – RINCIAN PASIEN YANG DITERIMA		
a) Nama Pasien	Masukkan nama rumah sakit	Nama rumah sakit secara lengkap

b) Nomor Registrasi IP	Masukkan nomor registrasi penyedia asuransi	Seperti yang ditentukan oleh penyedia asuransi
c) Jenis Kelamin	Tunjukkan jenis Kelamin pasien	Centang Pria atau Wanita
d) Usia	Masukkan usia pasien	Jumlah tahun dan bulan
e) Tanggal Penerimaan	Masukkan tanggal penerimaan	Gunakan format dd-mm-yy
f) Waktu	Masukkan waktu masuk	Gunakan format j:mm
g) Tanggal Pemulangan	Masukkan tanggal keluar	Gunakan format dd-mm-yy
h) Waktu	Masukkan waktu pelepasan	Gunakan format j:mm
i) Jenis Penerimaan	Tunjukkan jenis penerimaan pasien	Centang opsi yang tepat
j) Jika Bersalin		
Tanggal pengiriman	Masukkan Tanggal Pengiriman jika bersalin	Gunakan format dd-mm-yy
Status Gravida	Masukkan status Gravida jika bersalin	Gunakan format standar
k) Status pada saat keluar	Tunjukkan status pasien pada saat keluar	Centang opsi yang tepat
BAGIAN C - RINCIAN PENYAKIT YANG DIDIAGNOSA (PRIMAR)		
a) Kode ICD 10		
Diagnosa Utama	Masukkan Kode ICD 10 dan deskripsi diagnosis utama	Format Standar dan Teks Terbuka
Diagnosa Tambahan	Masukkan Kode ICD 10 dan deskripsi diagnosis tambahan	Format Standar dan Teks Terbuka
Penyakit penyerta	Masukkan Kode ICD 10 dan keterangan penyakit penyerta	Format Standar dan Teks Terbuka
b) ICD 10 buah		
Prosedur 1	Masukkan ICD 10 PCS dan penjelasan prosedur pertama	Format Standar dan Teks Terbuka
Prosedur 2	Masukkan ICD 10 PCS dan penjelasan prosedur kedua	Format Standar dan Teks Terbuka
Prosedur 3	Masukkan ICD 10 PCS dan penjelasan prosedur ketiga	Format Standar dan Teks Terbuka
Rincian Prosedur	Masukkan detail prosedurnya	Buka teks
c) Pra-otorisasi diperoleh	Tunjukkan apakah pra-otorisasi diperoleh	Centang Ya atau Tidak
d) Nomor Pra-otorisasi	Masukkan nomor pra-otorisasi	Sesuai jatah TPA
e) Jika izin dari jaringan rumah sakit tidak diperoleh, berikan alasannya	Masukkan alasan tidak mendapatkan nomor pra-otorisasi	Buka teks
f) Rawat inap karena cedera	Tunjukkan apakah rawat inap disebabkan oleh cedera	Centang Ya atau Tidak
Mempunyai	Tunjukkan penyebab cedera	Centang opsi yang tepat
Jika cedera disebabkan oleh penyalahgunaan zat/konsumsi alkohol, tes dilakukan untuk membuktikan hal ini	Tunjukkan apakah tes dilakukan	Centang Ya atau Tidak
Hukum Medis	Tunjukkan apakah cedera itu legal secara medis	Centang Ya atau Tidak
Dilaporkan Ke Polisi	Tunjukkan apakah laporan polisi telah diajukan	Centang Ya atau Tidak
nomor surat.	Masukkan nomor laporan informasi pertama	Seperti yang dikeluarkan oleh otoritas kepolisian
Jika tidak dilaporkan ke polisi, berikan alasannya	Masukkan alasan tidak melapor ke polisi	Buka Teks
BAGIAN D - DAFTAR PERIKSA YANG DISERAHKAN DOKUMEN KLAIM		
Tunjukkan dokumen pendukung mana yang diserahkan		
BAGIAN E - RINCIAN DALAM KASUS RUMAH SAKIT NON JARINGAN		
a) Alamat	Masukkan alamat pos lengkap	Sertakan Jalan, Kota dan Kode Pin
b) Nomor Telepon.	Masukkan nomor telepon rumah sakit	Cantumkan kode STD dengan nomor telepon
c) Nomor Registrasi dengan Kode Negara	Masukkan nomor registrasi dokter beserta kode negara	Sebagaimana dialokasikan oleh Dewan Medis India
d) Rumah Sakit PAN	Masukkan nomor rekening permanen	Seperti yang diberikan oleh departemen Pajak Penghasilan
e) Jumlah Tempat Tidur Rawat Inap	Masukkan jumlah tempat tidur rawat inap	angka
f) Fasilitas yang tersedia di rumah sakit	Sebutkan fasilitas yang tersedia di rumah sakit	Centang opsi yang tepat, jika yang lain, harap sebutkan
BAGIAN F - PERNYATAAN OLEH TERMASUK		
Bacalah pernyataan dengan seksama dan sebutkan tanggal (dalam format dd:mm:yy), tempat (teks terbuka) dan tanda tangan.		