

FORMULIR KLAIM

ASURANSI KESEHATAN RAWAT INAP CARE MICRO

Semua Bagian harus diisi.

Pada bagian “C” semua keterangan yang bersangkutan harus diisi oleh petugas Administrasi Rumah Sakit atau Dokter yang merawat, kecuali pengajuan klaim sudah melampirkan dokumen yang lengkap dan menjelaskan terperinci informasi yang dimaksud.

A. KETERANGAN PENGAJUAN KLAIM

- a. Nama Tertanggung
(untuk polis perorangan)
- b. Nama Pemegang Polis
(untuk polis kumpulan)
- c. Alamat
.....
..... Telp
- d. No. Polis / Sertifikat
- e. Nama Pasien Usia
- f. Status Pasien Sendiri/Suami/Istri/Anak
- g. No. Rekening
(untuk pembayaran klaim)
- h. Tempat Dirawat
(nama, alamat, telp.)

B. PERNYATAAN PEMBERIAN KUASA

Dengan ini saya memberikan kuasa kepada :

- Dokter dan atau petugas/pengurus Rumah Sakit untuk memberikan setiap keterangan yang di perlukan dalam hubungan dengan pemeriksaan atau pengobatan saya selama ini.
- PT. Asuransi Jasa Tania, Tbk untuk mendapatkan segala keterangan/catatan medis dari Rumah Sakit dan atau pihak lain sehubungan dengan diagnose dan/atau pelayanan medis yang mana akan digunakan untuk memproses klaim sesuai dengan ketentuan polis yang berlaku

Saya membebaskan PT. Asuransi Jasa Tania, Tbk. dari segala kewajiban, tuntutan atau gugatan hukum apapun atas ditandatanganinya pernyataan ini.

Seluruh keterangan yang tercantum dalam Formulir Klaim Rawat Inap Asuransi Kesehatan ini ditulis dengan benar dan saya menyadari bahwa salinan Formulir Klaim Asuransi Kesehatan Rawat Inap Care Micro ini dapat berlaku sebagaimana aslinya.

.....

.....

Tanda tangan penderita atau orang tuanya apabila dibawah umur

C. KETERANGAN MEDIS

1. Keluhan utama dan/atau tambahan :

.....

2. Kapan pasien pertama kali mengalami keluhan tersebut?

.....

3. Adakah penyakit lain yang berhubungan dengan kondisi sekarang? Bila “Ya” mohon jelaskan.

.....

4. Sepanjang yang saudara ketahui, apakah pasien pernah mengalami kondisi yang sama atau mirip sebagaimana tersebut diatas? Bila “Ya” mohon jelaskan.

.....

5. Apabila disebabkan kecelakaan, kapan terjadinya kecelakaan tersebut? (tanggal/bulan/tahun)

.....

6. Apakah indikasi medis diperlukannya rawat inap

.....

7. Diagnosis dari penyakit (terperinci) / kode ICD 10

.....

8. Apakah gangguan kesehatan yang dirawat disebabkan karena :

Kelainan bawaan atau turunan / Congenital or Hereditary Disease	Ya / Tidak
Kelainan tumbuh kembang / Development Disorder	Ya / Tidak
Kesuburan atau ketidak suburan / Fertility or Infertility	Ya / Tidak
Kehamilan / Pregnancy	Ya / Tidak
Kosmetik / Cosmetic	Ya / Tidak
Kejiwaan / Mental Disorder	Ya / Tidak
Penyakit Menular Seksual / Sexual Transmitted Disease	Ya / Tidak

Saya sebagai dokter yang merawat / menangani pasien tersebut diatas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan sebenar-benarnya

.....

.....

Tanda tangan dan cap Dokter / Petugas tempat dirawat