

## FORMULIR KLAIM RAWAT INAP DAN PEMBEDAHAN (Dilengkapi oleh Pihak Yang Mengajukan Klaim)

Perlu diperhatikan:

1. Semua pertanyaan harap dijawab dengan lengkap dan benar, dan beri tanda (✓) pada pilihan yang sesuai.
2. Tidak menandatangani Formulir ini dalam keadaan kosong dan pastikan semua terisi lengkap dan benar sebelum menandatangani.
3. Penulisan tanggal selalu menggunakan format tanggal-bulan-tahun.
4. Apabila terjadi kesalahan penulisan, mohon tidak menghapus melainkan mencoret dan memberikan tanda tangan disebelahnya.
5. Apabila kolom yang disediakan tidak cukup, maka dapat menggunakan kertas terpisah.

### A Data Pemegang Polis & Tertanggung

1. Nomor Polis /Sertifikat:
2. Nama Pemegang Polis:
3. Nama Tertanggung:
4. Nomor KTP /Identitas Lain:

### B Data Perawatan

1. Tanggal Masuk Rumah Sakit:  -  -
2. Tanggal Keluar Rumah Sakit:  -  -  Lama perawatan:  Hari
3. Nama Rumah Sakit:
4. Alamat Rumah Sakit:
5. Nama Dokter yang merawat:
6. No. Kartu Pasien/Rekam Medis:

### C Jika rawat inap karena Penyakit

1. Keluhan & gejala yang menyebabkan masuk Rumah Sakit serta tanggal pertama kali dirasakan:
2. Nama Penyakit /Diagnosa:
3. Jika dilakukan operasi, mohon sebutkan nama operasinya:

### D Jika rawat inap karena Kecelakaan

1. Tempat terjadinya kecelakaan:
2. Tanggal terjadinya kecelakaan:  -  -

3. Kronologis terjadinya kecelakaan

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

Mohon lampirkan hasil Laboratorium/radiologi /pemeriksaan medis lainnya (jika ada)

**F** Apakah Tertanggung mempunyai asuransi jiwa pada perusahaan lain?

☐ Ya (sebutkan di bawah) ☐ Tidak

Nama Perusahaan Asuransi	Nomor Polis	Tahun (Periode) Pertanggungan

Nomor BPJS:

**G** Data Pembayaran Klaim

Apabila klaim disetujui, Pembayaran klaim akan ditransfer ke:

- Nama Pemilik Rekening:
- No. Rekening:
- Mata Uang: ☐ Rupiah ☐ US Dollar
- Nama Bank:  Nama Cabang:
- Alamat Bank:

**Pernyataan Pemegang Polis dan/atau Tertanggung**

Pemegang Polis dan/atau Tertanggung (selanjutnya disebut "Saya") menyatakan bahwa:

1. Semua keterangan yang Saya berikan di dalam formulir ini adalah benar dan tidak ada keterangan maupun hal lainnya yang Saya sembunyikan.
2. Saya mengerti dan memahami apabila formulir ini ditandatangani dalam keadaan kosong, belum terisi lengkap atau keterangan yang Saya berikan tidak benar, maka Saya akan bertanggung jawab atas semua kerugian dan/atau akibat hukum yang mungkin timbul.

Ditandatangani di:

Tanggal:   -   -    

Pihak Yang Mengajukan Klaim

(

(Nama Lengkap &amp; Tanda Tangan Sesuai KTP)

Alamat Tempat Tinggal Pihak Yang Mengajukan Klaim:

  

Nomor Telepon/Ponsel:

Hubungan dengan Tertanggung:

Tenaga Penjual yang membantu

\*Khusus untuk Produk Non DMTM dan/atau Non Group

Nama Tenaga Penjual:

Kode Tenaga Penjual Servicing

Nama Cabang:

Kode Cabang:

Nomor Telepon:

Nomor Ponsel:

Alamat email:

## Surat Kuasa Pemberian Rekam Medik

Dilengkapi oleh Pihak Yang Mengajukan Klaim

Yang bertanda tangan dibawah ini

Nama lengkap:

[illegible]

Tanggal Lahir:

A visual equation using boxes to represent numbers. It shows two boxes, followed by a minus sign, then two boxes, followed by an equals sign, and finally four boxes.

Nomor KTP /Identitas Lain:

[illegible]

Alamat:

[illegible]

Nomor Telepon:

[illegible]

Nama lengkap Tertanggung /Pasien:

[illegible]

Hubungan dengan Tertanggung / Pasien:

☐ Diri sendiri      ☐ Suami      ☐ Istri      ☐ Anak

Dengan ini saya memberi kuasa penuh kepada:

1. Dokter, Rumah Sakit/Klinik maupun institusi pelayanan medis lainnya untuk memberikan keterangan dan/atau catatan medis, sehubungan dengan diagnosa dan/atau pelayan medis yang diberikan kepada Saya atau keluarga Saya yang menjadi Tertanggung, dan
2. PT Asuransi Jiwa BCA untuk mendapatkan informasi medis dari setiap dokter yang merawat/dokter yang mewakili Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Praktisi Medis, setiap perusahaan asuransi atau orang lain yang telah memeriksa, merawat atau mengobati Pasien tersebut diatas, mengenai segala hal yang diperlukan sehubungan dengan kesehatan dalam rangka memproses klaim asuransi yang saya ajukan.

Saya setuju bahwa salinan Surat Kuasa ini memiliki kekuatan hukum yang sama dan sah seperti aslinya. Demikian Surat Kuasa ini Saya buat dengan sebenarnya dalam keadaan sadar dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Ditandatangani di:

Tanggal:

Yang memberi kuasa,

(Nama Lengkap & Tanda Tangan Sesuai KTP)