



## Formulir Klaim Perawatan Rumah Sakit

Mohon diisi dengan menggunakan huruf cetak dan tulisan yang jelas

### Diisi oleh Pemegang Polis/Tertanggung

Nama Pemegang Polis : \_\_\_\_\_  
Nama Tertanggung : \_\_\_\_\_  
(tidak perlu diisi jika Nama Pemegang Polis sama dengan Nama Tertanggung)  
Tempat dan Tanggal Lahir Tertanggung : \_\_\_\_\_  
Apabila klaim berdasarkan ketentuan polis disetujui maka pembayaran dilakukan ke rekening yang ditunjuk ahli waris / pengaju klaim  
Nama Pemilik Rekening : \_\_\_\_\_  
Bank : \_\_\_\_\_ Cabang : \_\_\_\_\_  
No Rekening : \_\_\_\_\_

### Diisi oleh Dokter yang merawat

#### SURAT KETERANGAN DOKTER

Yang bertandatangan dibawah ini,  
Nama Dokter yang Merawat : \_\_\_\_\_  
Diagnosis Utama : \_\_\_\_\_  
Tanggal Pertama Kali Diagnosis : \_\_\_\_\_  
(tanggal, bulan, tahun) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_  
Apakah diagnosis berhubungan dengan  
-Penyakit bawaan atau kelainan sejak lahir : Ya / Tidak  
-Kehamilan, kelahiran atau keguguran dan komplikasi yang terjadi sebagai akibatnya : Ya / Tidak  
-Mabuk akibat alkohol atau penggunaan obat-obatan terlarang : Ya / Tidak  
-Berkaitan dengan kekacauan fungsional atau emosional pikiran, termasuk tetapi tidak terbatas pada gangguan psikotik, neurotik, psikosomatik dan manifestasinya : Ya / Tidak  
Tempat & Tanggal : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_  
Dokter yang merawat

(.....)

(Tandatangan, Nama Jelas & Stempel Rumah Sakit)

#### PERNYATAAN DAN SURAT KUASA

Dengan ini, Saya selaku pihak yang mengajukan klaim memberikan kuasa kepada Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Perusahaan Asuransi, Instansi yang berwenang dan organisasi lainnya ataupun perorangan yang mengetahui mengenai Riwayat Kesehatan Tertanggung untuk memberikan keterangan yang diminta/diperlukan oleh PT Central Asia Financial (JAGADIRI). Izin atau kuasa tidak menjadi gugur meskipun Pemegang Polis/Tertanggung telah meninggal dunia dan menyatakan mengesampingkan berlakunya ketentuan pasal 1813 KUH Perdata tentang berakhirnya kuasa. Dalam keadaan demikian, Saya selaku pihak yang mengajukan klaim, mewajibkan kepada pihak yang berkepentingan dengan manfaat Polis ini untuk memberikan keterangan seperti yang dimaksud diatas dengan sebenar-benarnya. Salinan Surat Kuasa ini sama sahnyanya dan berlaku seperti dokumen aslinya.

Tempat & Tanggal diajukan Klaim,.....

Pemegang Polis/Tertanggung/Pengaju Klaim

Saksi dari PT Central Asia Financial (JAGADIRI)

( ..... )

Tanda Tangan dan Nama Jelas

( ..... )

Tanda Tangan dan Nama Jelas

PT. Central Asia Financial

Citicon Tower 8th Floor Unit F  
Jl. Letjend S. Parman Kav. 72 Slipi  
Jakarta Barat 11410 - Indonesia

t +62 21 1500 660, +62 21 2962 1631 (Customer Service)

f +62 21 2962 1623

  JAGADIRI\_ID [www.jagadiri.co.id](http://www.jagadiri.co.id)