

FORMULIR KLAIM RAWAT JALAN

- ✓ **Mohon mengisi dengan tinta hitam, huruf cetak, dan memberi tanda (✓) pada kotak jawaban yang sesuai.**
 ✓ **Mohon tidak menandatangani formulir dalam keadaan kosong dan pastikan semua pertanyaan telah diisi.**

DATA PEMEGANG POLIS

1. Nama Pemegang Polis : _____
 2. Nama Tertanggung : _____
 3. Nomor Telepon/Handphone : _____
 4. Nomor E-KTP/Paspor : _____

SAYA MENGAJUKAN KLAIM SEBAGAI BERIKUT (MOHON DIISI LENGKAP)

5. Apakah Anda pernah mengajukan klaim sebelumnya? Ya Tidak
 6. Alasan rawat jalan Penyakit Kecelakaan
 7. Nama Rumah Sakit : _____
 8. Nama Dokter yang merawat : _____
 9. Tanggal keluhan/gejala pertama kali dirasakan : ____ / ____ / ____ (tgl/bln/thn)
 10. Keluhan / gejala yang dirasakan / kronologis
 Kecelakaan :
 11. Diagnosa Dokter :
 12. Riwayat penyakit sebelumnya :
 13. Tanggal perawatan : ____ / ____ / ____ (tgl/bln/thn)
 14. Nomor BPJS/Jamkesda Tertanggung :

DATA LAIN (POLIS LAIN YANG DIMILIKI OLEH TERTANGGUNG)

15. Nama Perusahaan Asuransi : _____
 16. Nama Program Asuransi : _____
 17. No. Polis : _____ Tanggal Polis Efektif : _____ (tgl/bln/thn)

DATA PEMBAYARAN KLAIM

Apabila klaim disetujui, pembayaran klaim akan ditransfer ke

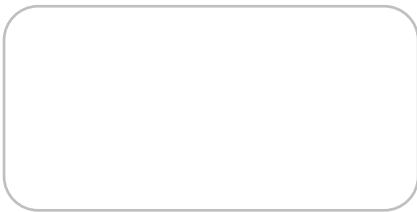
18. Nama : _____
 19. No. Rekening : _____
 20. Bank : _____ Cabang : _____

PERNYATAAN DAN SURAT KUASA

Akibat hukum dan/atau kerugian yang timbul karena ditandatanganinya formulir ini dalam keadaan kosong atau belum terisi lengkap menjadi tanggung jawab saya.

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. Saya memberi kuasa yang tidak akan berakhir karena sebab-sebab yang tercantum dalam Pasal 1813, 1814 dan Pasal 1816 KUH Perdata kepada setiap Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Laboratorium, Institusi Medis manapun, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Lembaga, atau Perorangan yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung, untuk memberitahukan kepada PT Asuransi Simas Jiwa atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Tertanggung, Fotokopi dari Surat Kuasa ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

Ditandatangani di _____ , ____ / ____ / 20 ____



Tanda Tangan & Nama Jelas
(sesuai dengan kartu identitas yang berlaku)

Pengajuan Klaim Rawat Inap harus disertai dengan dokumen-dokumen sebagai berikut :

- Formulir Klaim Rawat Jalan **(Asli)**
- Surat Keterangan Dokter **(Asli)**
- Kuitansi/bukti pembayaran dari Rumah Sakit dan seluruh perinciannya **(Asli)**
- Identitas Pemegang Polis & Tertanggung yang masih berlaku **(Fotokopi)**
- Akte Kelahiran/Kartu Keluarga (apabila Tertanggung masih anak-anak) **(Fotokopi)**
- Hasil pemeriksaan penunjang (Laboratorium, Radiologi, EKG, dll) **(Fotokopi)**
- Dokumen lain yang dianggap perlu

RAHASIA

SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK RAWAT JALAN

- ✓ Diisi oleh Dokter Yang Merawat/ Mengobati
- ✓ Harap diisi dengan menggunakan huruf cetak

DATA PASIEN (DIISI OLEH DOKTER)

1. Nama Pasien : _____
2. Nomor E-KTP/Paspor : _____
3. No. Pasien/ Rekam Medis/ No.Kartu : _____
4. Tanggal lahir/ Usia : _____
5. Alamat Rumah : _____

JIKA RAWAT JALAN KARENA PENYAKIT

6. Keluhan & gejala yang menyebabkan masuk Rumah Sakit

7. Sejak kapan keluhan & gejala tersebut pertama kali muncul

JIKA RAWAT JALAN KARENA KECELAKAAN

8. Tempat & tanggal terjadinya kecelakaan : / / (tgl/bln/thn)

Keadaan luka secara terperinci :

9. Kronologis terjadinya kecelakaan :

DATA KLINIS

10. Tanggal pertama kali gejala/ keluhan muncul : _____ / _____ / _____ (tgl/bln/thn)
11. Tanggal pertama kali terdiagnosa penyakit tersebut : _____ / _____ / _____ (tgl/bln/thn)
12. Tanggal Perawatan : _____ / _____ / _____ (tgl/bln/thn)
13. Diagnosa medis dan ICD Code : *

14. Penyebab Diagnosa tersebut (causa)

15. Pengobatan/tindakan yang diberikan

16. Nama Tindakan Operasi : _____ (jika dilakukan pembedahan)

17. Nama Dokter yang melakukan operasi : _____ Tanggal Operasi : ____ / ____ / ____

18. Hasil Pemeriksaan fisik

Tensi Nadi Suhu Pernapasan Kesadaran

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan (Laboratorium, Radiologi, Elektrokardiografi (EKG), dll. Dilampirkan)

19. Apakah perawatan ini atas permintaan pasien sendiri?

YA TIDAK, Mohon jelaskan :

RIWAYAT PENYAKIT

*) Apakah Diagnosa di atas:

22. Berhubungan dengan Kehamilan (Jika pasien Wanita) ?

YA TIDAK, Mohon jelaskan :

23. Berhubungan dengan Penyakit Kejiwaan ?

YA TIDAK, Mohon jelaskan :

24. Berhubungan dengan Penyakit Bawaan

YA TIDAK, Mohon jelaskan :

25. Berhubungan dengan Kosmetika ?

YA TIDAK, Mohon jelaskan :

26. Merupakan Penyakit Kronis atau Episode Berulang ?

YA TIDAK, Mohon jelaskan :

27. Apakah Pasien ini menderita/memiliki Riwayat Penyakit yang berhubungan dengan Hipertensi, Diabetes Melitus (DM), Penyakit Jantung, Penyakit Paru-paru, Penyakit Hati, Narkotika, Human Immunodeficiency Virus (HIV), atau penyakit lainnya ?

YA TIDAK, Diderita sejak : ____ / ____ / ____

28. Jika "Ya", mohon sebutkan diagnosa riwayat penyakit (atau lingkari jenis penyakit di pertanyaan nomor 27) :

29. Apakah perawatan pasien ini berhubungan dengan Riwayat Penyakit di atas ?

YA TIDAK, Mohon jelaskan :

30. Apakah sebelumnya dokter/sejawat pernah memeriksa/merawat pasien ini ?

YA TIDAK, Mohon jelaskan :

31. Mohon sebutkan nama, alamat Dokter/ Rumah Sakit yang Dokter/Sejawat ketahui pernah dikunjungi pasien ini (rujukan)

PERNYATAAN DOKTER

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar.

Nama Dokter : Spesialisasi :

Alamat Dokter/ Rumah Sakit :

Kode Pos _____

No. Telepon / No. Handphone : _____ / _____

Ditandatangani di _____, ____ / ____ / 20 ____

DOKTER

CAP RUMAH SAKIT

Tanda Tangan & Nama Jelas
(sesuai dengan kartu identitas yang berlaku)