

FORMULIR KLAIM RAWAT INAP

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

	DATA PEN	MEGANG POLIS
1.	Nama Pemegang Polis :	
2.	Nama Tertanggung :	
3.	Nomor Telepon/Handphone :	
4.	Nomor E-KTP/ Paspor :	
	SAYA MENGAJUKAN KLAIM SEBA	AGAI BERIKUT (MOHON DIISI LENGKAP)
5.	Rawat Inap	Hospital Cash Plan Hospital & Surgical
6.	Apakah Anda pernah mengajukan klaim sebelumnya?	Ya Tidak
7.	Alasan rawat inap	Penyakit Kecelakaan
8.	Nama Rumah Sakit	:
9.	Nama Dokter yang merawat	:
10.	Tanggal keluhan/gejala pertama kali dirasakan	:/ (tgl/bln/thn)
11.	Keluhan/gejala yang dirasakan	:
12.	Diagnosa Dokter	
13.	Riwayat penyakit sebelumnya	
14.	Tanggal perawatan	:s.d(tgl-bln-thn)
15.	Lama Rawat Inap	: hari.
16.	Lama rawat inap (ICU)	: hari
17.	Nomor BPJS/Jamkesda Tertanggung	
	5.5	
		G DIMILIKI OLEH TERTANGGUNG)
18.	Nama Perusahaan Asuransi :	
19.	Nama Program Asuransi :	
20.	No. Polis :	Tanggal Polis Efektif : (tgl/bln/thn)
		BAYARAN KLAIM
	ıbila klaim disetujui, pembayaran klaim akan ditransfe	ır ke
	No. Rekening :	
23.	Bank :	Cabang : Halaman 1 dari 5
		riaiailidii i uali J



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 Unit Usaha Syariah 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-	lokumen sebagai berikut :
Formulir Klaim Rawat Inap (Asli)	
Surat Keterangan Dokter (Asli)	
Kuitansi/bukti pembayaran dari Rumah Sakit dan seluruh perin	ciannya (Asli/Fotokopi Legalisir)
Identitas Pemegang Polis & Tertanggung yang masih berlaku (Fotokopi)
Akte Kelahiran/Kartu Keluarga (apabila Tertanggung masih ana	ak-anak) (Fotokopi)
Hasil pemeriksaan penunjang (Laboratorium, Radiologi, EKG,	dll) (Fotokopi)
Dokumen lain yang dianggap perlu	



RAHASIA

SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK RAWAT INAP

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

	DAT	A PASIEN (DIISI	OLEH DO	KTER)			
1.	Nama Pasien	:					
2.	Nomor E-KTP/ Paspor						
3.	No. Pasien/ Rekam Medis/ No.Kartu						
4.	Tanggal lahir/ Usia						
5.	Alamat Rumah	:					
	JIKA	RAWAT INAP KA	ARENA PE	NYAKIT			
6.	Keluhan & gejala yang menyebabkan ma	asuk Rumah Sak	kit				
7.	Sejak kapan keluhan & gejala tersebut pe	ertama kali mun	cul				
8.	Indikasi/alasan kuat dilakukannya rawat inap						
	JIKA RA	AWAT INAP KAR	ENA KEC	ELAKAAN			
9.	Tempat & tanggal terjadinya kecelakaan	:			/	/	(tgl/bln/thn)
	Keadaan luka secara terperinci						
10.	Kronologis terjadinya kecelakaan						
		DATA KL	LINIS				
11.	Tanggal pertama kali gejala/ keluhan mu	ncul	:	/	. /	(tgl/bln/thn)	
12.	Tanggal pertama kali terdiagnosa penyal	kit tersebut	:			(tgl/bln/thn)	
13.	Tanggal Perawatan :			s/d			_(tgl/bln/thn)
14.	Diagnosa Awal						
15.	Diagnosa Akhir *)						
16.	Penyebab Diagnosa tersebut (causa)						



17.	Pengobatan/tindakan yang diberikan			
18.	Nama Tindakan Operasi : (jika dilakukan pembedahan)			
19.	Nama Dokter yang melakukan operasi:/ Tanggal Operasi://			
20.	Hasil Pemeriksaan fisik			
	Tensi Nadi Suhu Pernapasan Kesadaran			
	Pemeriksaan penunjang yang dilakukan (Laboratorium, Radiologi, Elektrokardiografi (EKG), dll. Dilampirkan)			
21.	Apakah perawatan ini atas permintaan pasien sendiri?			
	YA TIDAK, Mohon jelaskan :			
	RIWAYAT PENYAKIT			
*) A	pakah 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 ?			
_0.	YA TIDAK, Mohon jelaskan :			
27				
21.	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 :			
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 ?			
50.				
0.4	YA TIDAK, Mohon jelaskan :			
31. Mohon sebutkan nama, alamat Dokter/ Rumah Sakit yang Dokter/Sejawat ketahui pernah dikunjungi (rujukan)				



Alamat Dokter/ Rumah Sakit

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 :

Kode Pos _____

No. Telepon / No. Handphone : _____ / ____

Ditandatangani di ______ , ____ / ____ / 20 ____

DOKTER CAP RUMAH SAKIT

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