

## FORMULIR KLAIM RAWAT INAP

(Diisi oleh Pemegang Polis/Tertanggung)

Agar mempercepat proses klaim, harap semua pertanyaan di bawah ini dijawab dengan benar, lengkap, dan jelas.

Yang bertandatangan di bawah ini :

<b><u>Data Pemegang Polis &amp; Tertanggung</u></b>	
Nama Pemegang Polis	: _____
Nama Tertanggung	: _____
No. Polis	: _____
Nomor Telepon / Handphone	: _____ Nomor KTP / Identitas lain : _____

**Menerangkan bahwa:**

<b><u>Data Pasien</u></b> Nama Pasien : _____ Jenis kelamin : <input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita Nama panggilan / nama lain / alias : _____ Tempat, Tanggal lahir ; Usia : _____ ; _____ Tahun Nomor KTP / Identitas lain : _____	
<b><u>Telah dirawat inap pada :</u></b> Periode Perawatan Nama & alamat Rumah Sakit Dokter yang merawat No. Kartu Pasien	Dari (tgl/bln/thn) _____ s/d (tgl/bln/thn) _____ _____ _____
<b><u>Jika rawat inap karena Penyakit</u></b> Keluhan & gejala yang menyebabkan masuk rumah sakit Sejak kapan keluhan & gejala tersebut pertama kali muncul Nama / Diagnosa penyakit	Tanggal / bulan / tahun : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> atau sejak _____ _____
<b><u>Jika rawat inap karena Kecelakaan</u></b> Tempat & tanggal terjadinya kecelakaan Keadaan luka secara terperinci Kronologis terjadinya kecelakaan*	_____, <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> tanggal / bulan / tahun _____ _____
<b><u>Jika rawat inap karena penyebab lain</u></b> Apakah penyebab rawat inap disebabkan oleh pengaruh alkohol/ narkotika/ obat-obatan/ lainnya ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK Mohon jelaskan* : _____
Apakah anda memiliki riwayat penyakit yang berhubungan dengan <u>Hypertensi, Kencing manis, Jantung, Paru-paru,</u> <u>Kejiwaan, Bawaan, HIV, atau penyakit lainnya ?</u>	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK Jika Ya, Penyakit : _____ Diderita sejak: _____
Nama Dokter/ Rumah Sakit/ Puskesmas/ Laboratorium/ Balai Pengobatan apapun yang pernah anda kunjungi untuk konsultasi penyakit lainnya ?	_____ _____
Polis lain yang dimiliki oleh Tertanggung	Nama Perusahaan Asuransi : _____ Nama Program Asuransi : _____ No. Polis : _____
Apabila klaim disetujui, pembayaran klaim akan ditransfer ke : Nama : _____ No. Rekening : _____ Mata Uang : <input type="checkbox"/> Rupiah <input type="checkbox"/> US\$ Bank : _____ Cabang : _____	

\*Gunakan lembar tambahan jika diperlukan

## FORMULIR KLAIM RAWAT INAP

### PERNYATAAN SURAT KUASA

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti, dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. Dengan ini saya memberi kuasa yang tidak akan berakhir karena sebab-sebab yang tercantum dalam pasal 1813 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 Mandiri AXA General Insurance atau mereka yang diberi kuasa olehnya segala catatan/ keterangan mengenai diri dan keadaan/ kesehatan Tertanggung. Fotocopy dari Surat Kuasa ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

Ditandatangani di \_\_\_\_\_ Tanggal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )

Tanda tangan dan Nama jelas

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

- Fotocopy Polis Tertanggung
- Fotocopy KTP Tertanggung
- Formulir Klaim Rawat Inap – Asli
- Surat Keterangan Dokter – Asli
- Fotokopi Legalisir Kwitansi/ bukti pembayaran dari Rumah Sakit dan seluruh perinciannya
- Fotokopi Legalisir Hasil pemeriksaan penunjang (Laboratorium, Radiologi, EKG, dll)
- Dokumen lain yang dianggap perlu