

FORMULIR KLAIM RAWAT INAP DAN RAWAT BEDAH

HOSPITAL & SURGICAL CLAIM FORM

Petunjuk Pengajuan Klaim / Guideline of Claim Submission

1. Formulir ini harus dilengkapi dan hanya berlaku untuk (1) SATU orang pasien dan harus diisi dengan lengkap dan ditandatangani oleh peserta atau orang tua jika pasien adalah anak-anak.

This form should be completed for the inpatient Claim of 1(ONE) patient only and must be fully completed and signed by the participant or by his/her parents for minor patient.

2. Formulir ini harus diisi dengan lengkap, benar dan jelas.

This form should be filled in correctly, completely and clearly

3. Klaim baru dapat di teliti dan diproses lebih lanjut hanya bila semua dokumen pendukung pengajuan kalin telah diisi, dilengkapi dan dilampirkan. Dokumen pendukung pengajuan klaim meliputi : Surat Jaminan: Formulir Klaim: Kwitansi Asli beserta perinciannya dimana terdapat nama pasien, tanggal perawatan dan biaya perawatan: copy resep obat obatan: hasil pemeriksaan penunjang diagnostik dan Hispatology.

Claim can only be processed subject to all supporting documents have been filled in completed and attached. The supporting documents shall include : Guarantee Letter, Claim Form, All Original receipt bearing the name of the patient, date of treatment and amount of charge,detail report of medical prescription, laboratory / radiology result and Hispathology Report.

Diisi oleh peserta asuransi atau orangtua pasien bila pasien adalah anak.

Filled by the participant or by his/her parents for minor patient,

DATA KARYAWAN		DATA PASIEN	
Nama Perusahaan <i>Name of Company</i>		Nama <i>Name</i>	
Nomor Polis <i>Policy Number</i>		Nomor Peserta <i>Registration Number</i>	
Nama <i>Name</i>		Tanggal Lahir <i>Date of Birth</i>	
Nomor Peserta <i>Registration Number</i>		Jenis Kelamin Sex	
Alamat / No Telp <i>Adress / Phone No</i>		Hubungan Relationship	<input type="checkbox"/> Diri sendiri/Ownself <input type="checkbox"/> Anak/Children <input type="checkbox"/> Istri/wife,Suami/Husband

Jika ada polis asuransi lain yang menutup asuransi atas perawatan ini, harap berikan nama Perusahaan Asuransi, Alamat, no teleponnya :
If another insurance policy is covering this case, please state the name of the Company, address and telephone number.

Total Jumlah klaim
Total Amount of Claim

PERNYATAAN PEMBERIAN KUASA

POWER OF ATTORNEY

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan benar. Dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap dokter, rumah sakit, klinik puskesmas, perusahaan asuransi dan badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan kesehatan saya untuk memberitahukan kepada PT. Asuransi Sinar Mas atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan saya. Copy dari pernyataan ini sama kuat dan sahnyanya seperti aslinya.

I declared that I have read, understood and answered all the questions above completely and correctly. I hereby authorize and physician, clinic, hospital, public health center, insurance company, legal institutions, personal or other organizations that has any records or information on the health of the participant to inform PT. Asuransi Sinar Mas or its authorized party. Any explanation about my health-condition. A photographic copy of this statement should be as valid and legal as the original.

Tempat & Tanggal / Place & Date

Tanda tangan, nama jelas karyawan/keluarga karyawan
 Signature, name of employee / Employee family