

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

**Menerangkan bahwa:**

<b>Data Pasien</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>Telah dirawat inap pada :</b>	
Periode Perawatan	Dari (tgl/bln/thn) _____ s/d (tgl/bln/thn) _____
Nama & alamat Rumah Sakit	_____
Dokter yang merawat	_____
No. Kartu Pasien	_____
<b>Jika rawat inap karena Penyakit</b>	
Keluhan & gejala yang menyebabkan masuk rumah sakit	_____
Sejak kapan keluhan & gejala tersebut pertama kali muncul	Tanggal / bulan / tahun : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> atau sejak _____
Nama / Diagnosa penyakit	_____
<b>Jika rawat inap karena Kecelakaan</b>	
Tempat & tanggal terjadinya kecelakaan	_____, <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> tanggal / bulan / tahun
Keadaan luka secara terperinci	_____
Kronologis terjadinya kecelakaan*	_____
<b>Jika rawat inap karena penyebab lain</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 Hipertensi, Kencing manis, Jantung, Paru-paru, Kejiwaan, Bawaan, HIV, atau penyakit lainnya ?	<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

Halaman 1/2

## 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

Halaman 2/2