

## FORMULIR KLAIM RAWAT INAP/ HOSPITAL CASH PLAN (HCP)

✓ Mohon mengisi dengan tinta hitam, huruf cetak, dan pastikan semua pertanyaan telah diisi dengan lengkap

✓ Mohon tidak menandatangani formulir dalam keadaan kosong

### DATA PEMEGANG POLIS

1 Nama Pemegang Polis : \_\_\_\_\_  
 2 Nomor Polis : \_\_\_\_\_  
 3 Nomor Telepon/HP : \_\_\_\_\_

### DATA TERTANGGUNG

4 Nama Tertanggung : \_\_\_\_\_  
 5 Tanggal Lahir : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (tgl/bln/thn)  
 6 Alamat : \_\_\_\_\_  
 7 Alasan rawat inap :  Penyakit  Kecelakaan  
 8 Tanggal Perawatan : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ s/d \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (tgl/bln/thn)  
 9 Nama Rumah Sakit : \_\_\_\_\_ Lama Rawat Inap : \_\_\_\_ Hari  
 10 Nama Dokter : \_\_\_\_\_  
 11 Tanggal Keluhan atau gejala pertama kali : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (tgl/bln/thn)  
 12 Keluhan/Gejala yang dirasakan :   
 13 Diagnosa Dokter : \_\_\_\_\_  
 14 Riwayat penyakit terdahulu/sebelumnya :   
 15 Nomor BPJS/Jamkesda :

### KETERANGAN PENTING LAINNYA

16 Apakah Tertanggung memiliki Polis Asuransi lain :  Ya  Tidak  
 17 Nama Perusahaan Asuransi : \_\_\_\_\_  
 18 No. Polis & Tanggal Efektif Polis : \_\_\_\_\_

### DATA PEMBAYARAN KLAIM

Apabila klaim disetujui, pembayaran klaim akan ditransfer ke :

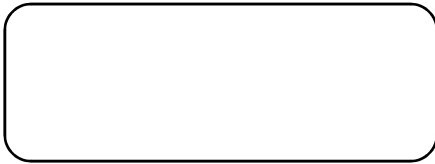
19 Nama : \_\_\_\_\_  
 20 No. Rekening : \_\_\_\_\_  
 21 Bank : \_\_\_\_\_

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 diatas 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 Jiwa Starinvestama 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 \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_



Tanda Tangan & Nama Jelas

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

- Formulir Klaim Rawat Inap dan Surat Keterangan Dokter (**Asli**)
- Kuitansi/bukti pembayaran dari Rumah Sakit dan seluruh perinciannya (**Asli/Fotokopi Legalisir**)
- 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**)
- Surat keterangan/berita acara Kepolisian dalam hal peserta melakukan rawat inap karena kecelakaan (**Fotokopi**)

**Note** : Penanggung berhak meminta dokumen lainnya yang diperlukan oleh Penanggung kepada Pemegang Polis dalam hal klaim yang diajukan memerlukan klarifikasi dan/ atau informasi lebih lanjut.

## SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK RAWAT INAP

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

### DATA PASIEN (DIISI OLEH DOKTER)

- 1 Nama Pasien : \_\_\_\_\_
- 2 Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_
- 3 No Rekam Medis : \_\_\_\_\_
- 4 Alamat Rumah : \_\_\_\_\_

### KETERANGAN RAWAT INAP

5 Keluhan apa yang dirasakan dan Indikasi apa sehingga pasien dilakukan Perawatan di Rumah Sakit

6 Sejak Kapan keluhan & gejala tersebut pertama kali muncul (tgl/bln/thn)

7 Tanggal Perawatan : \_\_\_\_\_ s/d \_\_\_\_\_ (tgl/bln/thn)

8 Diagnosa Awal : \_\_\_\_\_

9 Diagnosa Akhir : \_\_\_\_\_

10 Tanggal pertama kali terdiagnosa penyakit tersebut : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (tgl/bln/thn)

11 Bagaimana Hasil Pemeriksaan fisik pasien

Tensi : \_\_\_\_\_ Suhu : \_\_\_\_\_ Pernapasan : \_\_\_\_\_

Nadi : \_\_\_\_\_ Kesadaran : \_\_\_\_\_

12 Apa penyebab diagnosa tersebut :

13 Pengobatan/Tindakan apa yang diberikan :

14 Apabila diperlukan Tindakan Operasi, mohon sebutkan jenis operasi yang dilakukan

15 Sebutkan nama Dokter yang melakukan tindakan operasi tersebut \_\_\_\_\_

serta sebutkan tanggal dilakukan tindakan operasi \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (tgl/thn/thn)

16 Apakah perawatan ini atas permintaan pasien sendiri

Ya  Tidak Mohon Penjelasannya

17 Apakah Penyakit saat ini merupakan kelanjutan/komplikasi/berhubungan dengan penyakit yang diderita oleh pasien sebelumnya

18 Apakah penyakit saat ini berhubungan dengan

A. Penyakit yang berkaitan dengan Penyakit Bawaan/ Kelainan sejak lahir  Ya  Tidak

Jika "Ya" Mohon Penjelasannya

B. Kekacauan fungsional/emosional pikiran/Penyakit Kejiwaan  Ya  Tidak

Jika "Ya" Mohon Penjelasannya

C. Kehamilan, Kelahiran/ Keguguran/ Komplikasinya yang terjadi sebagai akibatnya  Ya  Tidak

Jika "Ya" Mohon Penjelasannya

D. Kosmetika  Ya  Tidak

Jika "Ya" Mohon Penjelasannya

E. Merupakan Penyakit Kronis  Ya  Tidak

Jika "Ya" Mohon Penjelasannya

F. Merupakan Penyakit Berulang  Ya  Tidak

Jika "Ya" Mohon Penjelasannya

G. Apakah Pasien ini memiliki Riwayat Penyakit yang berhubungan dengan Hipertensi, Diabetes Mellitus (DM), Penyakit Jantung, Penyakit Paru-Paru, Penyakit Hati, Batu Ginjal/ Gagal Ginjal, Stroke, Gastritis, Dispepsia, Vertigo, Tumor, Kanker, segala jenis Hernia dan Haemorrhoid Epilepsi, segala jenis katarak, segala jenis struma atau penyakit lainnya  Ya  Tidak

Jika "Ya" mohon sebutkan diagnosa riwayat penyakit : \_\_\_\_\_

serta sejak kapan penyakit tersebut diderita :

19 Apakah perawatan pasien ini berhubungan dengan Riwayat Penyakit diatas

Ya  Tidak Jika "Ya" Mohon Penjelasannya

20 Apakah Dokter pernah memeriksa/merawat pasien ini sebelumnya

Ya  Tidak Jika "Ya" Mohon Penjelasannya

21 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 diatas dengan lengkap dan benar

Nama Dokter : \_\_\_\_\_

Alamat Dokter/ Rumah Sakit : \_\_\_\_\_

Ditandatangani di : \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Tanda Tangan & Nama Jelas

Cap Rumah Sakit