



**FORMULIR KLAIM PENGOBATAN AKIBAT KECELAKAAN
ASURANSI INDIVIDU**

A. PERSYARATAN DOKUMEN PENGAJUAN KLAIM

- Formulir Klaim Pengobatan Akibat Kecelakaan (diisi lengkap dan ditandatangani oleh Pemegang Polis dan Tertanggung)
- Surat Dokter/Resume Medis (diisi lengkap dan ditandatangani oleh Dokter yang merawat)
- Kuitansi Asli, dengan perinciannya.
- Fotokopi hasil pemeriksaan penunjang diagnostik
- Salinan resep obat
- Dokumen pendukung lainnya atau keterangan yang diperlukan diminta oleh penanggung

Batas waktu pengajuan klaim dan kelengkapan dokumen klaim adalah 30 hari kalender sejak tanggal selesai perawatan. Jika melewati waktu tersebut, maka PT Asuransi Jiwa Indosurya Sukses berhak untuk menolak pengajuan klaim tersebut.

B. DATA PEMEGANG POLIS

Nomor Polis : _____ Total Klaim Diajukan: _____
Nama Pemegang Polis : _____ No. Hp : _____
Jenis Klaim : Rawat Jalan Rawat Inap

C. NOMOR REKENING UNTUK PEMBAYARAN KLAIM (jika klaim disetujui)

Nama Pemilik Rekening : _____
Nomor Rekening : _____
Nama Bank : _____ Cabang _____

D. DATA TERTANGGUNG (PASIE)

Nama Tertanggung : _____
No. Kartu BPJS : _____
No. KTP : _____ Tgl.Lahir : _____ Jenis Kelamin : Pria Wanita
Alamat Lengkap : _____
No. HP : _____
Apakah Tertanggung mempunyai polis asuransi di Perusahaan Asuransi lain ?
 Tidak Ya. Nama Perusahaan Asuransi lain ? _____

E. INFORMASI PERAWATAN

1. No. Kartu Pasien : _____
2. Tanggal Rawat : _____ sampai dengan _____
3. Nama dan Alamat RS : _____
4. Dokter yang merawat : _____



5. Tanggal terjadi Kecelakaan : _____

6. Tempat terjadi Kecelakaan : _____

7. Kronologis terjadinya Kecelakaan :

8. Sebutkan bagian tubuh yang menderita luka :

9. Apakah perlu dilakukan kontrol kembali ? Tidak Ya, Jelaskan, Mengapa dan kapan ?

F. PERNYATAAN DAN PEMBERIAN KUASA

1. Saya (Tertanggung) menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan di dalam Formulir Klaim ini dengan benar, lengkap dan tidak ada informasi yang saya sembunyikan.
2. Saya memberi kuasa kepada setiap Dokter/ tenaga medis lainnya, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Laboratorium, Institusi Kesehatan lainnya, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Lembaga atau Perorangan yang mempunyai catatan/ keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung, untuk memberitahukan kepada PT Asuransi Jiwa Indosurya Sukses 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.
3. Saya memberi kuasa kepada PT Asuransi Jiwa Indosurya Sukses untuk mendapatkan/menerima segala catatan dan informasi tentang kesehatan atau riwayat pemeriksaan atau perawatan saya atau keluarga saya yang menjadi Tertanggung, yang mana akan digunakan untuk memproses klaim sesuai ketentuan polis yang berlaku.

Diisi dan ditandatangani di _____, Tanggal _____

Nama Lengkap dan Tanda Tangan
Pemegang Polis

Nama Lengkap dan Tanda Tangan
Tertanggung



RESUME MEDIS / SURAT KETERANGAN DOKTER
(diisi oleh Dokter Yang Merawat)

Nama Pasien : _____	No. Rekam Medis : _____
Tanggal Lahir : _____	Ruang Perawatan : _____ (jika dirawat inap)
Jenis kelamin : Laki Laki/Perempuan	
Alamat : _____	
	Tanggal Perawatan : _____ s.d _____
1. Anamnesa : (Keluhan dan gejala saat masuk perawatan)	
2. Tanggal pertama kali konsultasi/berobat untuk gejala/keluhan tersebut :	
3. Tanggal dan tempat terjadinya Kecelakaan :	
4. Diagnosa :	
5. Jika Pasien ini dirujuk dari Dokter lain, mohon sebutkan nama dan alamat Dokter yang merujuk. Nama Dokter : _____ Alamat : _____ _____	
6. Pemeriksaan Fisik :	
7. Obat-obatan /tindakan/pembedahan yang dilakukan.	



8. Pemeriksaan Penunjang yang dilakukan dan hasilnya : (lampirkan fotokopi hasil pemeriksaan)

9. Apakah Kecelakaan berhubungan dengan (beri tanda X , jika Ya) :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kecelakaan sebelumnya | <input type="checkbox"/> Penyakit Kejiwaan |
| <input type="checkbox"/> Penyakit yang sudah ada sebelumnya yaitu
Penyakit..... | <input type="checkbox"/> Percobaan bunuh diri |
| <input type="checkbox"/> Penggunaan obat terlarang atau narkotika | <input type="checkbox"/> Melukai diri sendiri |
| <input type="checkbox"/> Konsumsi alkohol/minuman keras lainnya | <input type="checkbox"/> AIDS/HIV |
| Jika Ya, jelaskan. | <input type="checkbox"/> Lain-lain. Sebutkan_____ |

10. Apakah diperlukan pengobatan/kontrol lebih lanjut?

- Tidak Ya Mohon penjelasannya (mengapa dan kapan)

Saya, sebagai dokter yang merawat pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar sejauh pengetahuan yang saya miliki dan yakini, serta semua tindakan dan terapi yang diberikan sudah sesuai dengan standar operasional prosedur Rumah Sakit yang berlaku.

Diisi dan ditandatangani di _____, tanggal _____

Nama Dokter : _____

Spesialisasi : _____ No. SIP _____

Nama dan Alamat RS : _____

Tanda Tangan Dokter

Cap Rumah Sakit