



**FORMULIR KLAIM RAWAT INAP
ASURANSI INDIVIDU**

A. PERSYARATAN DOKUMEN PENGAJUAN KLAIM RAWAT INAP

- Formulir Klaim Rawat Inap (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 rawat inap. 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 : _____
Jeni Klaim : Rawat Inap Hospital Cash Plan Lain Lain _____

C. DATA TERTANGGUNG (PASIE)

Nama Tertanggung/Pasien : _____
No. KTP : _____ Tgl.Lahir : _____ Jenis Kelamin : Pria Wanita
No. Kartu BPJS : _____
Alamat Lengkap : _____
No. HP : _____ Email : _____

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

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

E. INFORMASI RAWAT INAP

1. No. Kartu Pasien : _____
2. Tanggal Rawat Inap : _____ sampai dengan _____
3. Nama dan Alamat RS : _____
4. Dokter yang merawat : _____
5. Penyebab dirawat : Penyakit Kehamilan/Kelahiran Kecelakaan
 Penyebab Lain
6. Keluhan dan gejala penyebab dirawat inap :

7. Sejak kapan keluhan dan gejala pertama kali muncul? : _____
8. Nama/Diagnosa Penyakit : _____

9. Apakah Tertanggung/Pasien pernah menerima perawatan/pengobatan/ konsultasi dokter lain selain perawatan saat ini?
 (baik rawat inap maupun rawat jalan ?) Tidak Ya, Jelaskan.

Tanggal pemeriksaan	Nama Dokter	Nama Penyakit	Obat yang diberikan	Alamat Dokter dan No Telepon

10. Jika dirawat inap karena **KECELAKAAN**

- a. Tempat terjadi Kecelakaan : _____
- b. Tanggal Kecelakaan : _____
- c. Kronologis terjadinya Kecelakaan : _____

d. Luka yang Terjadi : _____

F. DATA LAIN

Apakah Tertanggung mempunyai polis asuransi di Perusahaan Asuransi lain ?
 Tidak Ya. Nama Perusahaan Asuransi : _____
 Nomor Polis : _____

G. PERNYATAAN DAN PEMBERIAN KUASA

- 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.
- Dengan ini Saya memberi kuasa kepada Dokter/tenaga medis lainnya, Rumah Sakit, Klinik, Laboratorium, Puskesmas, atau institusi kesehatan lainnya, Perusahaan Asuransi, Perorangan atau Badan lainnya, yang mempunyai catatan dan informasi tentang keadaan kesehatan atau riwayat pemeriksaan atau perawatan Saya untuk memperlihatkan dan memberikan catatan dan informasi tersebut kepada PT Asuransi Jiwa Indosurya Sukses.
- 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 Medik : _____
Tanggal Lahir : _____	Ruang Perawatan : _____
Jenis Kelamin : Laki-laki/ Perempuan	Tanggal Perawatan : _____ s/d _____
Alamat : _____ _____	
1. Anamnesa : (keluhan dan gejala saat masuk perawatan)	
2. Tanggal gejala / keluhan pertama kali diketahui oleh Pasien ?	
3. Tanggal pertama kali konsultasi/berobat untuk gejala/keluhan tersebut :	
4. Diagnosa Awal :	
5. Apakah indikasi Rawat Inap ?	
6. Jika Pasien ini dirujuk dari Dokter lain, mohon sebutkan nama dan alamat Dokter yang merujuk	
Nama Dokter : _____	
Alamat : _____ _____	
7. Pemeriksaan Fisik :	
8. Obat-obatan / tindakan/pembedahan yang dilakukan. Jika ada tindakan/pembedahan, jelaskan Indikasi dilakukan tindakan/pembedahan tersebut.	



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

10. Diagnosa Akhir

a. Diagnosa Utama :

b. Diagnosa Sekunder :

11. Apakah diagnosa berhubungan dengan :

Kecelakaan

Kelainan Bawaan (kongenital/herediter)

Kesuburan

Kehamilan/Kelahiran

HIV/AIDS

Hormonal

Kejiwaan

Kosmetik

Penyalahgunaan Obat

Percobaan Bunuh Diri

Lain- lain _____

12. Bagaimana prognosa penyakit ini ?

13. Apakah diperlukan pengobatan/kontrol lebih lanjut? Mohon dijelaskan.

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 di tandatangani di _____, Tanggal _____

Nama Dokter : _____

Spesialisasi : _____ No. SIP _____

Nama dan Alamat RS : _____

Tanda Tangan Dokter

Cap Rumah Sakit