MNC LIFE

- Isi/lengkapi/coret apabila perlu.
- Beri tanda ☑ dalam kotak pertanyaan pilihan.
- Jika pengisian salah, harap dicoret dan ditandatangani (jangan menggunakan tip ex).

FORMULIR PENGAJUAN KLAIM RAWAT INAP *(diisi oleh pemegang polis/tertanggung)*

Agar mempercepat proses klaim, harap semua pertanyaan dibawah ini dijawab dengan benar, lengkap dan jelas

Yang bertandatangan dibawah ini:

Data Pemegang Polis & Tertanggung

Nama Pemegang Polis : _____ Jenis Kelamin : ☐ Pria ☐ Wanita

Nama Tertanggung : _____ Jenis Kelamin : ☐ Pria ☐ Wanita

Nomor Polis : _____

Nomor KTP/identitas lain : _____

Nomor Telepon/Handphone : _____

Menerangkan bahwa:

Data Pasien

Nama Pasien : _____ Jenis Kelamin : ☐ Pria ☐ Wanita

Nama Panggilan/Alias : _____

Tempat & Tanggal Lahir : __ - __ - ____ *(tgl-bln-thn)* Usia : __

Nomor KTP/identitas lain : _____

Telah dirawat inap pada

Periode Perawatan : __ - __ - ____ s/d __ - __ - ____ *(tgl-bln-thn)*

Nama & Alamat Rumah Sakit : _____

_____

Dokter yang merawat : _____

No. Kartu Pasien : _____

Jika Rawat Inap karena Penyakit

Keluhan & gejala yang menyebabkan masuk rumah sakit _____

Sejak kapan keluhan & gejala tersebut pertama kali muncul __ - __ - ____ *(tgl-bln-thn)* atau sejak, _____

Nama/Diagnosa Penyakit _____

Jika Rawat Inap karena Kecelakaan

Tempat & tanggal terjadinya kecelakaan : _____ __ - __ - ____ *(tgl-bln-thn)*

Keadaan luka secara terperinci : _____

Kronologis terjadinya kecelakaan* : _____

Jika Rawat Inap karena Penyebab lain

Apakah penyebab rawat inap disebabkan oleh pengaruh alkohol/narkotika/obat-obatan/lainnya ? : ☐ Ya ☐ Tidak Jika Ya, mohon jelaskan* _____

Diderita sejak _____

**gunakan lembar tambahan jika diperlukan*

Apakah Anda memiliki riwayat penyakit yang berhubungan dengan hipertensi, kencing manis, jantung, paru-paru, kejiwaan, bawaan, HIV, lainnya? : ☐ Ya ☐ Tidak

Jika Ya, Penyakit:

Diderita sejak:

Nama Dokter/Rumah Sakit/Puskesmas/Laboratorium yang pernah Anda kunjungi untuk konsultasi penyakit lainnya?

Polis lain yang dimiliki oleh tertanggung

Nama Perusahaan Asuransi	Nama Program Asuransi	No. Polis Asuransi

Apabila klaim disetujui, pembayaran klaim akan ditransfer ke:

DATA REKENING

Atas Nama :

No. Rekening :

Nama Bank :

Cabang :

PERNYATAAN DAN SURAT KUASA

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas 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 MNC Life Assurance 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:

Tanggal: ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐ *(tgl-bln-thn)*

TANDATANGAN & NAMA JELAS

Pengajuan Klaim Meninggal Dunia harus disertai dengan dokumen-dokumen sebagai berikut:

- ☐ Formulir Pengajuan Klaim Rawat Inap **Asli**
- ☐ Surat Keterangan Dokter untuk Rawat Inap **Asli**
- ☐ Fotokopi polis
- ☐ Fotokopi legalisir kartu pengenal tertanggung
- ☐ Kwitansi/bukti pembayaran dari rumah sakit dan seluruh perinciannya **Asli**
- ☐ Fotokopi legalisir hasil pemeriksaan penunjang (laboratorium, radiologi, EKG, dll)
- ☐ Dokumen lain yang dianggap perlu