

FORMULIR PENGAJUAN 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 :

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 :

Tanggal Lahir : - - (tgl-bln-thn) Usia Thn

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 : - - (tgl-bln-thn)

*Gunakan Lembar tambahan jika diperlukan

