

FORMULIR KLAIM RAWAT INAP

Catatan Penting :

- Formulir klaim ini harus diisi oleh Penerima Manfaat Pengajuan Klaim
- Jawab semua pertanyaan di bawah dengan lengkap, jelas, dan benar, beri tanda pada pilihan yang tersedia
- Lengkapi dokumen klaim yang dibutuhkan agar proses klaim dapat diproses dengan cepat dan akurat

No. Polis/Sertifikat

Nama Pemegang Polis

Tertanggung

No. KTP

Tanggal Rawat Inap Tgl Bln Thn s/d Tgl Bln Thn

Selama hari

Nama & Alamat Rumah Sakit

Nama Dokter yang Merawat

Telah di rawat inap di Rumah Sakit karena Penyakit Kecelakaan

Jika Akibat Penyakit

Tanggal Pertama Kali Timbul/Gejala Penyakit Tgl Bln Thn

Keluhan Penyakit /Gangguan Kesehatan yang diderita

Jika Akibat Kecelakaan

Tanggal terjadi kecelakaan Tgl Bln Thn

Mohon jelaskan kronologis kejadian

Tertanggung Pernah Berkonsultasi Atau Berobat Sebelumnya

| Nama Penyakit | Diderita Sejak | Nama Dokter / RS | Alamat Dokter / RS |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Informasi Lain

Apakah Tertanggung memiliki Polis di Asuransi lain? Ya (Jika Ya, mohon sebutkan di bawah ini) Tidak

Nama Perusahaan Asuransi

No. Polis

Terdaftar Sejak

PERNYATAAN-PERNYATAAN DAN KUASA

Dengan ini Saya/Kami MENYATAKAN dan MENYETUJUI bahwa Saya/Kami telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan diatas dengan lengkap dan benar. Dengan ini Saya/Kami MENYETUJUI dan MEMBERIKAN KUASA kepada setiap Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Laboratorium, Instituti Medis manapun, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum/Lembaga atau Perorangan yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung, untuk menyerahkan kepada dan/atau menerima dari PT Asuransi Ciputra Indonesia atau mereka yang diberi kuasa olehnya, setiap informasi kesehatan termasuk tetapi tidak terbatas pada data-data kesehatan. Salinan dari Surat Kuasa ini berlaku dan mempunyai kekuatan hukum yang sama seperti aslinya.

Ditandatangani di

Yang mengajukan klaim (Penerima Manfaat)

Alamat

Tgl Bln Thn

Tlp/ Hp

Email

Hubungan dengan Tertanggung

Nama Lengkap & Tanda Tangan Sesuai KTP

SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK KLAIM RAWAT INAP

(Diisi oleh Dokter yang merawat/mengobati)

Mohon kesediaan untuk mengisi pertanyaan di bawah ini dengan sebenarnya sesuai data dan informasi yang ada dengan lengkap. Terimakasih

Data Pasien :

No. Rekam Medis Nama Pasien
Tanggal Lahir Tgl Bln Thn Jenis Kelamin Laki-Laki Perempuan

Riwayat Klinis:

Apakah Pasien pernah rawat inap? Ya Tidak, Ruang UGD Masuk Jam
Keluar Jam

Nama & Dokter yang merujuk

Tanggal rawat inap Tgl Bln Thn s/d Tgl Bln Thn

Lama rawat inap Hari

Telah dirawat inap di Rumah Sakit karena Penyakit Kecelakaan Lainnya

Indikasi rawat inap/keluhan/anamnesa

Tanggal pertama kali keluhan muncul Tgl Bln Thn

Diagnosa utama rawat inap saat ini

Diagnosa tambahan rawat inap saat ini

Rawat inap atas permintaan pasien sendiri Ya Tidak

Pengobatan/tindakan/jenis operasi yang dilakukan terhadap pasien ini :

Hasil pemeriksaan fisik, laboratorium, rontgen, CT-Scan, hasil PA, dll yang dilakukan:

Riwayat penyakit terdahulu

(termasuk penyakit berat, riwayat operasi, dll)

Tanggal pertama kali terdiagnosa riwayat tsb Tgl Bln Thn

Apakah pasien pernah mendapatkan perawatan sebelumnya untuk keadaan/penyakit rawat inap saat ini ?

Ya Tidak

Jika jawaban ya Rawat Jalan Rawat Inap

Tanggal konsultasi/rawat inap sebelumnya Tgl Bln Thn

Diagnosa medis Terapi Pengobatan

Nama Dokter

Nama Rumah Sakit

Apakah Rawat Inap saat ini berhubungan dengan :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kelainan bawaan | <input type="checkbox"/> Kehamilan, keguguran, melahirkan & komplikasinya |
| <input type="checkbox"/> Kelainan/penyakit bawaan | <input type="checkbox"/> Penggunaan alkohol, narkoba, atau penyalahgunaan obat |
| <input type="checkbox"/> Kosmetik/estetika | <input type="checkbox"/> Penyakit menular seksual |
| <input type="checkbox"/> Kelainan /penyakit kronis atau episode berulang, diderita sejak | <input type="checkbox"/> Kesuburan & komplikasinya |

Tgl Bln Thn

Dengan ini Saya menyatakan bahwa Saya adalah Dokter yang merawat/memeriksa Pasien ini, dan saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar.

Nama Dokter Spesialisasi

Alamat Dokter/RS No Telp/Selular

Tempat & Tanggal

SIP Dokter, Nama & Tanda Tangan

Stempel RS/Klinik/Puskesmas