FORMULIR KLAIM RAWAT INAP / RAWAT JALAN ASURANSI MIKRO

(Diisi oleh Peserta Asuransi atau Penerima Manfaat dengan jujur, lengkap dan benar)

Pengajuan Formulir Klaim ini harus disertai dengan :

- ☐ Asli Surat Keterangan Dokter Klaim Rawat Inap / Rawat Jalan (Pada Formulir ini)
- ☐ Fotokopi identitas Peserta Asuransi atau kuasanya (bila dikuasakan) yang masih berlaku
- ☐ Asli atau fotokopi legalisir kuitansi biaya rawat inap/rawat jalan berikut perinciannya
- ☐ Fotokopi semua hasil pemeriksaan Rumah Sakit (laboratorium, radiologi, obat dan lain-lain)

Catatan: Dokumen pendukung yang harus disertakan disesuaikan dengan ketentuan yang tercantum di dalam Bukti Kepesertaan.

IDENTITAS DIRI

Nomor Bukti Kepesertaan

Nama Peserta Asuransi

Tanggal lahir ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ Umur ☐☐ Tahun Jenis Kelamin L ☐ P ☐

Alamat sesuai identitas

No HP Email : _____

INFORMASI KLAIM

Riwayat Penyakit Sekarang

Jenis Perawatan ☐ Rawat Jalan ☐ Rawat Inap

Sebab Perawatan ☐ Penyakit ☐ Kecelakaan ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ Jam ☐☐ : ☐☐

Keluhan / Gejala _____

Tanggal pertama kali diderita ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Kronologis kejadian sampai dirawat _____

_____

PERNYATAAN PEMBERIAN KUASA

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan benar. Dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, perusahaan asuransi dan badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan kesehatan Peserta Asuransi untuk memberitahukan kepada Asuransi Astra Life (PT Astra Aviva Life) atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan Peserta Asuransi. Kuasa ini merupakan bagian yang tidak terpisahkan dengan Polis dan mengikat Saya, Ahli Waris serta Keluarga Saya. Untuk pelaksanaan Kuasa ini Saya dengan ini melepaskan ketentuan-ketentuan dalam Pasal 1813, 1814 dan 1816 kitab Undang-Undang Hukum Perdata. Copy dari pernyataan ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

Nama lengkap

Hubungan dengan Peserta

Tanggal ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

_____
Tanda Tangan Pemberi Kuasa

SURAT KETERANGAN DOKTER KLAIM RAWAT INAP / RAWAT JALAN ASURANSI MIKRO

(Dilengkapi oleh Dokter yang memeriksa)

IDENTITAS PASIEN

Nama Pasien

Tanggal lahir ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ Umur ☐☐ Tahun Jenis Kelamin L ☐ P ☐

Nomor Rekam Medis

DATA PERAWATAN/PENYAKIT

Tanggal Perawatan ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ s/d ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ = ☐☐ hari

Kronologis sampai dirawat _____

_____

Penyebab perawatan ☐ Penyakit ☐ Kecelakaan

Diagnosa _____

Diagnosa diatas berhubungan dengan : **(berikan tanda v pada pilihan yang sesuai)**

- Kecelakaan ☐ Ya ☐ Tidak
- Bunuh Diri ☐ Ya ☐ Tidak
- Kehamilan ☐ Ya ☐ Tidak
- Lainnya (mohon jelaskan) : _____

Pernyataan Dokter

Dengan ini Saya menyatakan seluruh pernyataan, keterangan dan jawaban yang Saya berikan telah sesuai dengan apa yang saya ketahui secara jujur, lengkap, dan benar sesuai dengan profesi Saya.

Nama Dokter

Nama Rumah Sakit

Alamat Rumah Sakit

Ditandatangani di

Tanggal ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

_____
Tanda Tangan Dokter

_____
Stempel Rumah Sakit