

**FORMULIR KLAIM RAWAT INAP**
HOSPITALIZATION CLAIM FORM

Nomor Polis/ *Policy Number* :

Nama Pemegang Polis/ *Policy Holder* :

Pasien (*Tertanggung*)/*Patient (Life Assured)* : Laki-Laki Perempuan
Male Female

Tanggal Lahir/ *Date of Birth* :

Jenis Klaim/ *Type of Claim* : PRU *hospital & surgical* PRU *med* Lainnya/ *Others*

Jenis Layanan/ *Type of Service* : Rawat Inap Pre-Post Rawat Inap Rawat Jalan
Hospitalization Pre-post Hospitalization Out Patient

Alasan Rawat Inap/ *Reason of Hospitalization* : Penyakit/ *Illness* Kecelakaan/ *Accident*

Tanggal Perawatan/ *Date of Treatment* : sampai/ *to*

Diagnosis/ *Diagnosis* :

Tanggal Diagnosis Pertama Kali Ditegakkan (tgl/bln/th) : / /
Date when Diagnosis was First Established (dd/mm/yy)

Jenis Gejala yang Dirasakan / *Type of Symptoms* :

Tanggal Gejala Pertama Kali Dirasakan (tgl/bln/th) : / /
Date when Nature of Symptoms were First Detected (dd/mm/yy)

Riwayat Penyakit Sebelumnya/ *History of the Disease* :

Apakah Tertanggung diasuransikan di perusahaan asuransi lain? Ya/ *Yes* Tidak/ *No*

Is the patient insured by other insurance companies?

Nama Perusahaan Asuransi : No Polis :
Name of Insurer Policy Number

Mohon cantumkan nama bank dan kantor cabang serta nomor rekening **pemegang polis** untuk memudahkan pembayaran **jika klaim ini disetujui** (huruf cetak). *Please fill in your complete bank address, to transfer the funds once the claim is approved.*

Mata Uang/ *Currency* : IDR USD

No. Rek/ *Account* :

Nama/ *Name* :

Nama Bank/ *Bank* :

Kantor Cabang/ *Branch* :

Tempat/ Tanggal
Place/ Date

Tanda Tangan & Nama Pemegang Polis
Signature & Name of Policy Holder

Tanda Tangan & Nama Tertanggung
Signature & Life Insured

