

FORMULIR KLAIM RAWAT JALAN - ASURANSI KESEHATAN KUMPULAN

BAGIAN 1: DIISI OLEH PESERTA/PIHAK YANG MENGAJUKAN KLAIM

Petunjuk Pengisian Formulir :

- Penulisan menggunakan TINTA HITAM dan huruf KAPITAL.
- Semua Dokumen Pengajuan dan Pertanyaan pada Formulir Klaim & Surat Keterangan Dokter harus diisi dengan benar, lengkap dan jelas tanpa pembebanan kepada PT Asuransi Jiwa Sequis Financial.
- WAJIB melampirkan dokumen & hasil-hasil pemeriksaan penunjang.

DATA KEPESERTAAN

Nama Perusahaan :

Nomor Polis :

Nama Karyawan / Karyawati :

Nama Pasien (jika bukan Karyawan) :

DATA PASIEN / TERTANGGUNG

Nomor Kepesertaan :

Tanggal Lahir : - -
(tanggal) (bulan) (tahun)

Nomor Telepon / Handphone (aktif) :

Jenis Klaim : Rawat Jalan Perawatan Gigi Kacamata

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Dengan ini saya memberikan dan menyatakan:

1. Persetujuan kepada Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan atau Organisasi lainnya, yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung/Pemegang Polis dan memberikan catatan atau keterangan tersebut kepada PT Asuransi Jiwa Sequis Financial sehubungan dengan pengajuan klaim yang sedang diajukan.
2. Kuasa kepada PT. Asuransi Jiwa Sequis Financial untuk mendapatkan segala suatu tentang keterangan atau catatan medis dari Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan atau Organisasi lainnya.
3. Dokumen pembayaran dan/atau kuitansi yang dilampirkan kepada PT Asuransi Jiwa Sequis Financial adalah dokumen asli dan hanya diperuntukan untuk PT Asuransi Jiwa Sequis Financial.
4. Saya bersedia untuk bertanggung jawab dan menanggung segala bentuk ganti kerugian termasuk mengembalikan manfaat asuransi yang telah saya terima kepada PT Asuransi Jiwa Sequis Financial apabila terbukti terdapat pelanggaran dan/atau penipuan (yang tidak perlu dibuktikan oleh hukum) terhadap dokumen yang saya lampirkan kepada PT Asuransi Jiwa Sequis Financial.
5. Saya membebaskan PT Asuransi Jiwa Sequis Financial, Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan, atau Organisasi lainnya yang telah memberikan keterangan atau catatan tersebut dari segala tuntutan hukum.

Yang mengajukan klaim & membuat Pernyataan,

Tandatangan & Nama / Tempat & Tanggal

BAGIAN 2 : DIISI OLEH DOKTER YANG MEMERIKSA (berlaku untuk 1 kunjungan rawat jalan)

Tanggal Perawatan :

Anamnesa :

Pemeriksaan fisik :

Jenis dan hasil pemeriksaan penunjang yang dilakukan :

Diagnosa atau dugaan diagnosis :

Kode ICD X :

Tindakan atau Terapi yang diberikan :

Obat yang diberikan :

Penyakit ini terjadi karena / tergolong : Kesuburan Kehamilan Percobaan Bunuh Diri / Melukai Diri Sendiri
 Penyakit Kelamin Kecelakaan Perang / Huru Hara
 Kejiwaan Olahraga Berbahaya Kosmetik
 Kelainan bawaan Konsumsi Alkohol Kelainan Tumbuh Kembang

Saya sebagai dokter yang merawat/menangani pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan sesuai yang sebenarnya.

Nama dokter :

Spesialisasi :

Alamat RS/Klinik :

No Telp/Handphone :

Tempat & Tanggal

Tandatangan & Stempel dokter/RS