

## **Formulir Klaim Rawat Inap/ Cacat Tetap/ Penyakit Kritis \*)** **Hospitalization/ Permanent Disability/ Critical Illness Form \*)**

Semua bagian dalam formulir ini WAJIB diisi dengan BENAR & LENGKAP sehingga klaim dapat diproses dengan cepat dan akurat. Terima kasih atas kerjasamanya.  
All section in this form MUST be filled CORRECTLY & COMPLETELY in order to assure a fast and accurate claim processing. Thank you for your cooperation.

**A. ADMINISTRASI (Diisi dan ditandatangani oleh Pemegang Polis/ Pemegang Sertifikat)**  
**ADMINISTRATION (To be filled and signed by the person appointed as Policy Holder)**

1. Polis / Sertifikat Nomor : .....  
*Policy / Certificate Number*
- Nama Pemegang Polis / Sertifikat : .....  
*Name of Policy / Certificate Holder*
- No. Telp. Pemegang Polis : .....  
*Policy Holder Phone Number*
- Nama Tertanggung : .....  
*Insured Name*
2. Yang Mengajukan Klaim :
- Nama : .....  
*Name*
- Alamat Lengkap : .....  
*Address*
- No. Telp / No. HP / email : .....  
*Phone / Cell Number*
- Hubungan Dengan Tertanggung : .....  
*Relation to Insured*
3. Jenis Klaim  
*Type of Claim*
  - a. **Rawat Inap**  
***Hospitalization***
    - Sebab dirawat/ Diagnosa : .....  
*Cause of hospitalization*
    - Tanggal dirawat inap : .....s/d.....  
*Date of hospitalization*
    - Tanggal ICU : .....s/d.....  
*Date of ICU*
    - Tanggal Bedah : .....  
*Date of Surgery*
    - Tempat dirawat inap : .....  
*Date of hospitalization*
  - b. **Cacat Tetap**  
***Permanent Disability***
    - Sebab dirawat/ Diagnosa : .....  
*Cause of hospitalization*
    - Sejak tanggal : .....  
*Since*
    - Diakibatkan oleh : .....  
*Cause of permanent disability*
    - Prosentase cacat yang diderita : .....  
*Percentage of diasability suffered*
  - c. **Penyakit Kritis**  
***Critical Illness***
    - Sebab dirawat/ Diagnosa : .....  
*Cause of hospitalization*
    - Sejak tanggal : .....  
*Since*
    - Diakibatkan oleh : .....  
*Cause of Critical Illness*

4. Tanggal Diagnosa Pertama Kali : .....  
*Date of first diagnosis*
- Nama Dokter Yang Merawat : .....  
*Name of Doctor*
- Nama Rumah Sakit : .....  
*Name of Hospital*
- Nama Dokter Yang Biasa Dikunjungi : .....  
*Name of Regularly Attended Doctor*
- Alamat Dokter Yang Biasa Dikunjungi : .....  
*Address of Regularly Attended Doctor*
- Nomor Telp. Dokter Yang Biasa Dikunjungi : .....  
*Phone of Regularly Attended Doctor*
- Nomor BPJS Tertanggung : .....  
*Insured BPJS Number*

Nama & Alamat Dokter / RS Lain Yang Pernah Mengobati/Merawat Tertanggung:  
*Name & address of other Doctors/hospitals that cure/treat Insured:*

No.	<u>Dokter/Rumah Sakit</u> <i>Doctors/Hospitals</i>	<u>Jenis Penyakit</u> <i>Type of disease</i>	<u>Diderita sejak</u> <i>Suffered since</i>
1.			
2.			
3.			

5. Dokumen-dokumen yang diserahkan / *Attached documents:*
1. Polis / Sertifikat asli/ *Original Policy/Certificate;*
  2. Bukti pembayaran premi terakhir/ *Latest premium payment receipt;*
  3. Copy tanda bukti diri dan Kartu Keluarga Tertanggung & penerima manfaat Asuransi/ *Copy of ID Card and Family Register of Insured & Beneficiary;*
  4. Surat Keterangan Rawat Inap / Cacat dari dokter yang merawat Tertanggung/ *Letter of hospitalization / permanent disability from attending doctor;*
  5. Catatan medis/resume medis Tertanggung/ *Member medical record and laboratory result;*
  6. Rincian Pembayaran yang Sah dari Rumah Sakit/ *Legal detailed payment from hospital;*
  7. Surat Keterangan/Berita Acara Kepolisian/ *Minutes of Police;*
  8. Surat Kuasa pemaparan isi rekam medis dari ahli waris/ *Power of attorney about medical record content exposure from the heirs;*
  9. ....

6. Manfaat klaim agar ditransfer ke/ *Claim benefit to be transferred to:*  
(wajib diisi dengan rekening atas nama Pemegang Polis / Penerima Manfaat serta melampirkan copy buku tabungan)  
*(Must be filled in with the account in the name of Policy Holder/Beneficiary and attach copy of passbook)*

Bank/ *Bank* : .....  
 Unit/Cabang *Unit/Branch* : .....  
 No. Rekening/ *Account number* : .....  
 Atas Nama/ *Name* : .....

Saya yang bertandatangan di bawah ini sebagai Pasien atau Wali Pasien yang sah, dengan ini memberi ijin kepada pihak Penyedia Pelayanan Kesehatan untuk menjelaskan semua tindakan yang telah dilakukan kepada PT Asuransi Jiwasraya (Persero), yang sah telah saya beri kuasa untuk mendapatkan semua rekaman medis atau informasi lain yang diperlukan dari Penyedia Pelayanan Kesehatan atau pihak lain.

*I, who signed this letter as patient or legal heirs of patient hereby authorize Health Service Provider to inform any treatment to PT Asuransi Jiwasraya (Persero), I authorized PT Asuransi Jiwasraya (Persero) to obtain all medical record or any information needed from Health Service Provider or other party.*

....., .....

(.....)  
Pemegang Polis / Sertifikat  
*Policy / Certificate Holder*

\*) Coret salah satu  
 \*) Cross one

**B. Diisi oleh Kantor Pusat / Agensi Servis Center**  
***Filled in by Head Office / Agency Service Center***

1. Pelunasan premi selama 4 bulan terakhir:  
*Premium payment for past 4 months:*

<u>Premi utk. bln. per</u> <i>Premium per month</i>	<u>Tgl. Pelunasan</u> <i>Date of payment</i>	<u>Nomor K.D.</u> <i>Number of K.D.</i>
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

2. Sisa pinjaman atas Penggadaian Polis : Rp.....  
*Loan remainder of Policy Mortgage*
3. Bunga pinjaman lunas s/d. semester : .....  
*Loan interest paid off to semester*

....., .....

Agency Service Center Assistant Manager

(.....)

---