

**PENGAJUAN KLAIM  
RAWAT INAP / CACAT TETAP \*)  
PERTANGGUNGAN PERORANGAN**

**A. Diisi dan ditandatangani oleh Pemegang Polis / Pemegang Sertifikat.**

1. Polis / Sertifikat Nomor : .....
- Nama Pemegang Polis / Sertifikat : .....
- Nama Tertanggung : .....
  
2. Yang mengajukan klaim :
  - Nama : .....
  - Alamat lengkap : .....
  - No. Telp / No. HP : .....
  - Hubungan dengan Tertanggung : .....
  
3. Jenis Klaim :
  - a. **Rawat Inap**
    - Tanggal dirawat inap : ..... s/d.....
    - Tanggal ICU : ..... s/d.....
    - Tanggal Bedah : ..... s/d.....
    - Tempat dirawat inap : .....
    - Sebab dirawat : .....
  
  - b. **Cacat Tetap**
    - Sejak tanggal : .....
    - Diakibatkan oleh : .....
    - Prosentase cacat yang diderita : .....
  
4. Tanggal Diagnosa Pertama Kali : .....
- Nama Dokter Yang Merawat : .....
- Nama Rumah Sakit : .....
- Jenis Penyakit : .....
- Nama Dokter Yang Biasa Dikunjungi : .....
- Alamat Dokter Yang Biasa Dikunjungi : .....
- Nomor Telp. Dokter Yang Biasa Dikunjungi : .....
- Nomor BPJS Tertanggung : .....

Nama & Alamat Dokter / RS Lain Yang Pernah Mengobati/Merawat Tertanggung :

No.	Dokter/Rumah Sakit	Jenis Penyakit	Diderita sejak
1.			
2.			
3.			

5. Dokumen-dokumen yang diserahkan :

1. Polis / Sertifikat asli
2. Bukti pembayaran premi terakhir
3. Copy tanda bukti diri dan Kartu Keluarga tertanggung & penerima manfaat Asuransi
4. Surat Keterangan Rawat Inap/Cacat dari dokter yang merawat Tertanggung
5. Catatan medis/ resume medis tertanggung
6. Rincian Pembayaran yang Sah dari Rumah Sakit
7. Surat Keterangan/Berita Acara Kepolisian
8. Surat Kuasa pemaparan isi rekam medis dari ahli waris
9. ....

6. Manfaat klaim agar ditransfer ke

**(wajib diisi dengan rekening atas nama pemegang polis/Penerima Manfaat serta melampirkan copy buku tabungan)**

Bank : .....  
 Unit/Cabang : .....  
 No. Rekening : .....  
 Atas Nama : .....

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.

....., .....

(.....)  
 Pemegang Polis / Sertifikat

\*) Coret salah satu

**B. Diisi oleh Kantor Pusat / Kantor Wilayah / Kantor Cabang.**

1. Pelunasan premi selama 4 bulan terakhir :

<u>Premi utk. bln. per</u>	<u>Tgl. Pelunasan</u>	<u>Nomor K.D.</u>
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

2. Sisa pinjaman atas Penggadaian Polis : Rp.....

3. Bunga pinjaman lunas s/d. semester : .....

....., .....

Kepala Seksi Keuangan dan Umum

Kepala Seksi Operasional dan Penjualan

(.....)

(.....)

**C. Diisi oleh Kantor Pusat / Kantor Wilayah.**

CATATAN & SARAN :

PERTIMBANGAN :

DISPOSISI :