asuransi simas jiwa

FORMULIR KLAIM RAWAT INAP

- ✓ **Mohon mengisi dengan tinta hitam, huruf cetak, dan memberi tanda (√) pada kotak jawaban yang sesuai.**
- ✓ **Mohon tidak menandatangani formulir dalam keadaan kosong dan pastikan semua pertanyaan telah diisi.**

DATA PEMEGANG POLIS

1. Nama Pemegang Polis : _____
2. Nama Tertanggung/Pasien : _____
3. Nomor Telepon/Handphone : _____
4. Nomor KTP/ Identitas lain : _____

SAYA MENGAJUKAN KLAIM SEBAGAI BERIKUT (MOHON DIISI LENGKAP)

5. Rawat Inap ☐ Hospital Cash Plan ☐ Hospital & Surgical
6. Apakah Anda pernah mengajukan klaim sebelumnya? ☐ Ya ☐ Tidak
7. Alasan rawat inap ☐ Penyakit ☐ Kecelakaan
8. Nama Rumah Sakit : _____
9. Nama Dokter yang merawat : _____
10. Tanggal keluhan/gejala pertama kali dirasakan : _____ (tgl-bln-thn)
11. Keluhan/gejala yang dirasakan :
12. Diagnosa Dokter :
13. Riwayat penyakit sebelumnya :
14. Tanggal perawatan : _____ s.d _____ (tgl-bln-thn)
15. Lama Rawat Inap : _____ hari.
16. Lama rawat inap (ICU) : _____ hari
17. Nomor BPJS/Jamkesda Tertanggung : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

DATA LAIN (POLIS LAIN YANG DIMILIKI OLEH TERTANGGUNG)

18. Nama Perusahaan Asuransi : _____
19. Nama Program Asuransi : _____
20. No. Polis : _____ Tanggal Polis Efektif : _____ (tgl/bln/thn)

DATA PEMBAYARAN KLAIM

Apabila klaim disetujui, pembayaran klaim akan ditransfer ke

21. Nama : _____
22. No. Rekening : _____
23. Bank : _____ Cabang : _____

PT Asuransi Simas Jiwa
Gedung Simas Jiwa
Jl. Lombok No. 73, Jakarta Pusat 10350
Call Center: (021) 2854 7999 • **www.simasjiwa.co.id**

asuransi simas jiwa

PERNYATAAN DAN SURAT KUASA

Akibat hukum dan/atau kerugian yang timbul karena ditandatanganinya formulir ini dalam keadaan kosong atau belum terisi lengkap menjadi tanggung jawab saya. Saya memberi kuasa yang tidak akan berakhir karena sebab-sebab yang tercantum dalam pasal 1813, 1814 dan pasal 1816 KUH Perdata kepada setiap Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Laboratorium, Institusi Medis manapun, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Lembaga, atau Perorangan yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung, untuk memberitahukan PT Asuransi Simas Jiwa atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Tertanggung. Fotokopi dari Surat Kuasa ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

Ditandatangani di _____ , ____ / ____ / 20 ____

Tanda Tangan & Nama Jelas
(sesuai dengan kartu identitas yang berlaku)

Pengajuan Klaim Rawat Inap harus disertai dengan dokumen-dokumen sebagai berikut :

- ☐ Formulir Klaim Rawat Inap **(Asli)**
- ☐ Surat Keterangan Dokter **(Asli)**
- ☐ Kuitansi/bukti pembayaran dari Rumah Sakit dan seluruh perinciannya **(Asli/Fotokopi Legalisir)**
- ☐ Identitas Pemegang Polis & Tertanggung yang masih berlaku **(Fotokopi)**
- ☐ Akte Kelahiran/Kartu Keluarga (apabila Tertanggung masih anak-anak) **(Fotokopi)**
- ☐ Hasil pemeriksaan penunjang (Laboratorium, Radiologi, EKG, dll) **(Fotokopi)**
- ☐ Dokumen lain yang dianggap perlu

asuransi simas jiwa

SURAT KETERANGAN DOKTER
UNTUK RAWAT INAP

- ✓ **Diisi oleh Dokter Yang Merawat/ Mengobati**
- ✓ **Harap diisi dengan menggunakan huruf cetak**

DATA PASIEN (DIISI OLEH DOKTER)

1. Nama Pasien : _____
2. No. Pasien/ Rekam Medis/ No.Kartu : _____
3. Tanggal lahir/ Usia : _____
4. Alamat Rumah : _____
5. Tanggal Perawatan : _____ s/d _____

JIKA RAWAT INAP KARENA PENYAKIT

6. Keluhan & gejala yang menyebabkan masuk Rumah Sakit

7. Sejak kapan keluhan & gejala tersebut pertama kali muncul

8. Indikasi/alasan kuat dilakukannya rawat inap

JIKA RAWAT INAP KARENA KECELAKAAN

9. Tempat & tanggal terjadinya kecelakaan (tgl/bln/thn)
   Keadaan luka secara terperinci

10. Kronologis terjadinya kecelakaan

DATA KLINIS

11. Tanggal pertama kali gejala/ keluhan muncul : _____ / _____ / _____ (tgl/bln/thn)
12. Tanggal pertama kali terdiagnosa penyakit tersebut : _____ / _____ / _____ (tgl/bln/thn)
13. Tanggal Perawatan : _____ / _____ / _____ (tgl/bln/thn)
14. Diagnosa Awal

15. Diagnosa Akhir *)

16. Penyebab Diagnosa tersebut (causa)

PT Asuransi Simas Jiwa
Gedung Simas Jiwa
Jl. Lombok No. 73, Jakarta Pusat 10350
Call Center: (021) 2854 7999 • **www.simasjiwa.co.id**

17. Pengobatan/tindakan yang diberikan

18. Nama Tindakan Operasi : _____ (jika dilakukan pembedahan)

19. Nama Dokter yang melakukan operasi : _____ Tanggal Operasi : ___ / ____ /_____

20. Hasil Pemeriksaan fisik

Tensi ☐ Nadi ☐ Suhu ☐ Pernapasan ☐ Kesadaran ☐

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan (Laboratorium, Radiologi, Elektrokardiografi (EKG), dll. Dilampirkan)

21. Apakah perawatan ini atas permintaan pasien sendiri?

☐ YA ☐ TIDAK, Mohon jelaskan :

RIWAYAT PENYAKIT

*) Apakah Diagnosa di atas:

22. Berhubungan dengan Kehamilan (Jika pasien Wanita) ?

☐ YA ☐ TIDAK, Mohon jelaskan :

23. Berhubungan dengan Penyakit Kejiwaan ?

☐ YA ☐ TIDAK, Mohon jelaskan :

24. Berhubungan dengan Penyakit Bawaan

☐ YA ☐ TIDAK, Mohon jelaskan :

25. Berhubungan dengan Kosmetika ?

☐ YA ☐ TIDAK, Mohon jelaskan :

26. Merupakan Penyakit Kronis atau Episode Berulang ?

☐ YA ☐ TIDAK, Mohon jelaskan :

27. Apakah Pasien ini menderita/memiliki Riwayat Penyakit yang berhubungan dengan Hipertensi, Diabetes Melitus (DM), Penyakit Jantung, Penyakit Paru-paru, Penyakit Hati, Narkotika, Human Immunodeficiency Virus (HIV), atau penyakit lainnya ?

☐ YA ☐ TIDAK, Diderita sejak : _____ / _____ / _____

28. Jika "Ya", mohon sebutkan diagnosa riwayat penyakit :

29. Apakah perawatan pasien ini berhubungan dengan Riwayat Penyakit di atas ?

☐ YA ☐ TIDAK, Mohon jelaskan :

30. Apakah sebelumnya dokter/sejawat pernah memeriksa/merawat pasien ini ?

☐ YA ☐ TIDAK, Mohon jelaskan :

31. Mohon sebutkan nama, alamat Dokter/ Rumah Sakit yang Dokter/Sejawat ketahui pernah dikunjungi pasien ini (rujukan)

asuransi simas jiwa

DATA DOKTER

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar.

Nama Dokter : _____ Spesialisasi : _____

Alamat Dokter/ Rumah Sakit : _____

Kode Pos _____

No. Telepon / No. Handphone : _____ / _____

Ditandatangani di _____ , ____ / ____ / 20 ____

DOKTER	CAP RUMAH SAKIT

Tanda Tangan & Nama Jelas
(sesuai dengan kartu identitas yang berlaku)

PT Asuransi Simas Jiwa
Gedung Simas Jiwa
Jl. Lombok No. 73, Jakarta Pusat 10350
Call Center: (021) 2854 7999 • **www.simasjiwa.co.id**