

Surat Pengantar COB/HCP BPJS – Asuransi Intra Asia



DATA PESERTA / PASIEN

Nama Peserta :
Nama Karyawan :
Nama Perusahaan / Pemegang Polis :
Nomor Polis :

PERNYATAAN PEMBERIAN KUASA DARI PESERTA / PASIEN

- 1 Dengan ini Saya/Tertanggung memberikan kuasa kepada Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan atau Organisasi yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan kesehatan Saya/Tertanggung untuk memberitahukan kepada PT. Asuransi Intra ASIA atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri Saya/Tertanggung. Fotocopy/Salinan surat kuasa ini adalah sah dan mempunyai kekuatan hukum seperti aslinya
- 2 Mengajukan klaim COB/HCP BPJS (pilih salah satu):
☐ Manfaat Hospital Cash Plan
☐ Manfaat eksekusi atau kelebihan biaya atas penjaminan BPJS
- 3 Berikut saya/tertanggung lampirkan dokumen yang diperlukan :
☐ Fotocopy legalisir Surat Eligibilitas Peserta/Fotocopy kartu BPJS
☐ Fotocopy legalisir kwitansi rumah sakit (jika mengajukan HCP BPJS)
☐ Kwitansi asli pembayaran Eksekusi BPJS (jika mengajukan COB BPJS)
☐ Fotocopy hasil pemeriksaan diagnostik
☐ Diagnosa dari dokter yang merawat / Resume medis peserta dari rumah sakit

Tanda tangan dan Nama Peserta/Pasien

Diisi oleh Petugas Administrasi Rumah Sakit

Kami yang bertanda tangan dibawah ini, menerangkan bahwa pasien atas nama diatas :

Benar bahwa pasien telah menjalani perawatan **rawat inap dengan menggunakan penjaminan BPJS** pada :

Nama Rumah Sakit :
Hak kamar BPJS dan tarif kamar BPJS :
Tarif dan kelas kamar yang ditempati :
Tanggal Masuk Perawatan :
Tanggal Selesai Perawatan :
Diagnosa :

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sebenar-benarnya guna kepentingan klaim asuransi kesehatan peserta di atas.
Atas perhatian dan kerjasamanya, terima kasih.

Tanda tangan Petugas Administrasi RS dan nama lengkap

Cap/Stempel Rumah Sakit

*Mohon formulir ini dapat diisi dengan lengkap.

*Formulir ini hanya berlaku apabila telah terisi dengan lengkap.