

FORM KLAIM RAWAT INAP/PERSALINAN



DATA PESERTA / PASIEN

Nama Peserta :
Nama Karyawan :
Nama Perusahaan / Pemegang Polis :
Nomor Polis :
Nama Asuransi Lain (Jika ada) BPJS Asuransi Lain:

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 Apabila biaya Rawat Inap menimbulkan selisih (ekses klaim) oleh karena sebab apapun, maka saya wajib dan bersedia membayar selisih biaya tersebut kepada Rumah Sakit atau Asuransi

Tanda tangan dan Nama Peserta/Pasien

DIISI OLEH DOKTER YANG MEMERIKSA

Nama Pasien :

Tanggal Perawatan :

Sejak kapan dan apa gejala klinis yang menyebabkan pasien menjalani perawatan ?

Diagnosa Penyakit (sebutkan semua jika diagnosa lebih dari 1):

Nama Tindakan Pembedahan (jika ada) :

Kapan pertama kali pasien mengalami gejala klinis (symptom) sehubungan dengan diagnosa tersebut?

Apakah Pasien Pernah mengalami rawat inap dengan diagnosa penyakit tersebut di atas oleh dokter / Rumah Sakit lain?

Jika "Ya" mohon sebutkan nama dokter, rumah sakit dan tanggal perawatannya.

Apakah TS pernah merawat pasien di atas dengan diagnosa penyakit lain?

Jika "Ya" mohon sebutkan tanggal perawatannya, diagnosa dan nama Rumah Sakitnya.

Apakah TS pernah merawat pasien di atas dengan diagnosa penyakit lain?

- | | |
|--|--|
| 1. Kongenital/ Herediter (YA / TIDAK) | 5. PHS / HIV / AIDS (YA / TIDAK) |
| 2. Perawatan Gigi (YA / TIDAK) | 6. Kesuburan (YA / TIDAK) |
| 3. Penggunaan Obat-obatan tertentu | 7. Hormonal (YA / TIDAK) |
| * Psikotropika (YA / TIDAK) | 8. Gangguan Menstruasi (YA / TIDAK) |
| * Penyalahgunaan obat untuk tujuan percobaan bunuh diri (YA / TIDAK) | 9. Depresi, psikosa, psikosomatis; (YA / TIDAK) |
| * Obat menurunkan / menaikkan berat badan (YA / TIDAK) | 10. Tumbuh Kembang (YA / TIDAK) |
| 4. Kosmetik / Estetika (YA / TIDAK) | * Mohon lingkari salah satu jawaban dan mohon penjelasan |

Dengan ini saya menyatakan bahwa keterangan tersebut telah saya berikan secara lengkap dan benar

Tanda tangan Dokter dan nama lengkap

Cap/Stempel Dokter / Rumah Sakit / Klinik