

## Formulir Klaim Rawat Inap & Pembedahan

<b>Petunjuk-petunjuk</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Formulir klaim ini harus diisi dengan lengkap oleh tertanggung/karyawan dan dokter yang merawat.</li><li>- Setiap klaim harus diajukan kepada PT. Asuransi Winterthur Life Indonesia dalam waktu 30 hari setelah tanggal keluar dari rumah sakit.</li><li>- Semua kuitansi asli harus dilampirkan dengan formulir ini disertai dengan dokumen sebagai berikut :<ul style="list-style-type: none"><li>a) Foto copy semua hasil pemeriksaan laboratorium.</li><li>b) Foto copy surat keterangan medis dari dokter (apabila diperlukan).</li></ul></li><li>- Klaim tidak dapat dibayar untuk keadaan-keadaan yang dikecualikan seperti tercantum didalam ketentuan polis.</li></ul>		
<b>Dilisi oleh tertanggung atau karyawan</b>	Nama pemegang polis	Nomor polis	
	Nama karyawan	Nomor peserta	
	Nama tertanggung/pasien	Hubungan dengan karyawan	
	Tanggal lahir	Jenis kelamin <input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita	
	Pekerjaan	Jabatan	
	Apakah perawatan ini akibat dari kecelakaan? (Jika jawabannya ya, mohon dicantumkan)	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Tanggal kecelakaan			
Penyebab kecelakaan			
Apakah tertanggung pernah mendapat perawatan sebelumnya untuk keadaan/penyakit ini? (Jika jawabannya ya, mohon dicantumkan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nama dokter yang merawat			
Alamat dokter yang merawat			
Apakah tertanggung atau anggota keluarga mempunyai asuransi kesehatan yang lain? (Jika jawabannya ya, mohon dicantumkan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nama perusahaan asuransi	Nomor polis		
<b>Pernyataan tertanggung dan pemberian kuasa</b>	Saya, tertanggung/karyawan, dengan ini menyatakan bahwa keterangan tersebut diatas adalah lengkap dan benar. Saya, tertanggung/karyawan, dengan ini memberi kuasa kepada dokter spesialis, dokter umum, rumah sakit atau klinik, dengan siapa tertanggung telah diperiksa atau dirawat, untuk memberikan keterangan lengkap mengenai keadaan/penyakit tertanggung termasuk data medis terdahulu kepada PT. Asuransi Winterthur Life Indonesia.		
<b>Tanda tangan</b>	Tempat dan tanggal		
	Pemegang polis	Karyawan	Tertanggung/pasien (jika berusia 18 tahun atau lebih)

Dilisi oleh  
dokter yang  
merawat

**Keterangan Umum**

Nama pasien

Umur

Jenis kelamin

Pria

Wanita

Nama dokter yang merawat

Nama rumah sakit

Alamat rumah sakit

Nomor Telepon

Nomor Fax

**Diagnosa**

Diagnosa apa sehingga rawat inap dibutuhkan ?

Sebutkan sebab dilakukannya pemeriksaan patologi (jika ada) dari diagnosa diatas !

Apakah keadaan/penyakit bawaan ?

Ya

Tidak

Apakah bertanggung pernah mendapat perawatan sebelumnya untuk keadaan/penyakit ini ?  
(Jika jawabannya ya, mohon dicantumkan)

Perawatan apa yang diberikan dan kapan ?

**Perawatan selama di rumah sakit**

Jika dilakukan pembedahan, sebutkan jenis pembedahannya !

Perawatan lainnya yang diberikan selama dirawat di rumah sakit !

**Periode perawatan rumah sakit**

Tanggal masuk

Jam masuk

Tanggal keluar

Jam keluar

**Pernyataan  
dokter**

Saya, dokter yang merawat, dengan ini menyatakan bahwa keterangan tersebut diatas adalah lengkap dan benar.

**Tanda tangan**

Tempat dan tanggal

Dokter

Stempel rumah sakit