

Formulir Klaim Rawat Jalan

- Petunjuk-petunjuk**
- Formulir klaim ini harus diisi hanya untuk klaim rawat jalan, dan berlaku untuk satu orang pasien saja.
 - Formulir klaim ini harus diisi dengan lengkap oleh tertanggung, atau karyawan dalam hal tertanggung berusia kurang dari 18 tahun, dan dokter yang memeriksa.
 - Semua kuitansi asli harus dilampirkan dengan formulir ini, disertai dengan diagnosa dokter dan dokumen sebagai berikut :
 - a) Untuk penunjang diagnostik, surat rujukan dari dokter dan copy hasil laboratorium/rontgen.
 - b) Untuk obat-obatan, copy resep dokter.
 - Setiap klaim harus diajukan kepada PT. Asuransi Winterthur Life Indonesia dalam waktu 30 hari setelah tanggal pemeriksaan.
 - Klaim tidak dapat dibayar untuk keadaan-keadaan yang dikecualikan seperti tercantum didalam ketentuan polis.

Diisi oleh tertanggung atau karyawan	Nama pemegang polis	Nomor polis
	Nama karyawan	Nama tertanggung/pasien
	Nomor peserta	

Pernyataan tertanggung dan pemberian kuasa	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.
---	--	---

Tanda tangan	Tempat dan tanggal
	Tertanggung/pasien/karyawan

Diisi oleh dokter yang memeriksa	Nama dokter yang memeriksa	Alamat dokter yang memeriksa
	Tanggal pemeriksaan	Anamnesa
	Diagnosa	Terapi/anjuran pemeriksaan

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

Tanda tangan	Tempat dan tanggal	
	Dokter	Stempel dokter