

FORMULIR KLAIM RAWAT JALAN DAN PENGOBATAN GIGI
DIISI OLEH PESERTA (MOHON DIISI LENGKAP DENGAN HURUF CETAK)



Bismillahirrahmaanirrahiim

I. KELENGKAPAN KLAIM

- Formulir klaim ini harus diisi lengkap dan hanya berlaku untuk satu orang pasien.
- Formulir ini harus diserahkan ke Bagian Klaim PT Asuransi Takaful Keluarga dalam waktu 30 hari setelah pelayanan kesehatan disertai dengan kelengkapan dokumen. Klaim hanya bisa diproses setelah semua kelengkapan dokumen disertakan.
- Checklist kelengkapan dokumen :
() formulir klaim yang diisi lengkap () rincian biaya
() kuitansi asli () salinan resep
() salinan hasil pemeriksaan laboratorium /pemeriksaan penunjang lain (USG, X-Ray,EKG, dll), bila dilakukan

II. DATA PESERTA (WAJIB DIISI)

1.	Nama Perusahaan	
2.	No. Polis	
3.	Nama Peserta	
4.	No. Peserta	
5.	Alamat Rumah	Telepon :
6.	Transfer via	Nama Bank Cabang :
		No. Rekening Atas Nama :
7.	Apakah Anda mengajukan klaim ini kepada pihak lain? (Ya / Tidak). Jika "YA", sebutkan	

III. PERNYATAAN

Dengan ini Saya menyatakan bahwa :

- Saya memberikan kuasa kepada PT Asuransi Takaful Keluarga untuk mendapatkan segala keterangan/catatan medis dari dokter/ rumah sakit atau pihak lain dengan diagnosa, perawatan atau pelayanan yang diberikan kepada Saya, atau bertanggung lain dari keluarga Saya berdasarkan ketentuan perundang-undangan yang berlaku.
- Keterangan yang Saya berikan seluruhnya adalah benar dan Saya tidak menyembunyikan informasi apapun yang dibutuhkan oleh program ini. Saya setuju bahwa apabila keterangan yang Saya berikan tidak benar/ palsu dapat menyebabkan ditolaknya klaim atau dibatalkannya kepesertaan Saya.

Tandatangan Pasien/ Kuasanya

tempat tgl / bln / thn Nama Jelas

PT Asuransi Takaful Keluarga
Graha Takaful Indonesia Jl. Mampang Prapatan Raya No.100, Jakarta 12790. T +62 21 7991234, F +62 21 799 0512, layanan Peserta 0807 100 3456 (pulsa lokal)

FORMULIR KLAIM RAWAT JALAN DAN PENGOBATAN GIGI
DIISI OLEH DOKTER YANG MERAWAT (MOHON DIISI LENGKAP DENGAN HURUF CETAK)

I. JENIS PERAWATAN

1.	Nama dan Alamat RS/ Klinik	Telp :
2.	Tanggal Perawatan	
3.	Jenis Perawatan	() Konsultasi dokter umum () konsultasi dokter spesialis () konsultasi dokter gigi () tindakan, jenis/nama tindakan :

II. RESUME MEDIS

1.	Keluhan utama	
2.	Keluhan tambahan	
3.	Waktu pertama kali keluhan muncul	
4.	Riwayat penyakit terdahulu yang berhubungan	
5.	Pemeriksaan fisik	
6.	Laboratorium	
7.	Pemeriksaan penunjang lainnya	
8.	Diagnosa	
9.	Terapi	
10.	Tindak lanjut/ Saran	

III. KLASIFIKASI

Apakah Penyakit diatas berhubungan dengan :
()Kongenital/ hereditier () Kehamilan ()STD/HIV/AIDS () Kesuburan () Gangguan kejiwaan/Psikosomatis
()Kecelakaan () Kosmetik () Orthodontist () Drug Abuse ()Tentamina Suicide

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