

Bismillahirrahmanirrahiim

Diisi oleh peserta (mohon diisi lengkap dengan huruf cetak)

Kelengkapan Klaim

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

Data Peserta (Wajib Diisi)

1. Nama Perusahaan : _____ Nomor Polis : _____
2. Nama Peserta : _____ Nomor Peserta : _____
3. Alamat Rumah : _____ Telepon : _____
4. Transfer via : Nama Bank : _____ Cabang : _____
Nomor Rekening : _____ Atas Nama : _____
5. Apakah Anda mengajukan klaim ini kepada pihak lain? (Ya/Tidak). Jika "Ya", sebutkan : _____

Pernyataan

Dengan ini Saya menyatakan bahwa:

1. 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.
2. 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.

_____, ____/____/____
Tempat Tgl Bln Thn

Tanda Tangan Pasien/Kuasanya,

Nama Jelas

Jenis Perawatan

1. Nama dan Alamat RS/Klinik : _____
2. Tanggal Perawatan : _____
3. Jenis Perawatan : Konsultasi dokter umum Konsultasi dokter spesialis Konsultasi dokter gigi
 Tindakan, jenis/nama tindakan : _____

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 : _____

Klasifikasi

Apakah penyakit di atas berhubungan dengan :

- | | | | | |
|---|------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Kongenital/Hereditas | <input type="checkbox"/> Kehamilan | <input type="checkbox"/> STD/HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> Kesuburan | <input type="checkbox"/> Gangguan Jiwa / Psikosomatis |
| <input type="checkbox"/> Kecelakaan | <input type="checkbox"/> Kosmetik | <input type="checkbox"/> Orthodontist | <input type="checkbox"/> Drug Abuse | <input type="checkbox"/> Tentamina Suicide |

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

Nama Dokter	Tanda Tangan dan Stempel RS / Klinik
Telepon	

Rincian Biaya	
Konsultasi Dokter	Rp.
Obat-obatan	Rp.
Pemeriksaan Penunjang	Rp.
Tindakan / Lain-lain	Rp.