



Asuransi MAG

A **FAIRFAX** Company

anggota dari

formaksi
forum asuransi kesehatan indonesia

FORMULIR KLAIM RAWAT INAP DAN RAWAT BEDAH

Petunjuk Pengajuan Klaim

1. Formulir ini harus dilengkapi dan hanya berlaku untuk (1) SATU orang pasien dan harus diisi dengan lengkap dan ditandatangani oleh peserta atau orang tua jika pasien adalah anak-anak.
2. Formulir ini harus diisi dengan lengkap, benar dan jelas.
3. Klaim baru dapat diteliti dan diproses lebih lanjut hanya bila semua dokumen pendukung pengajuan klaim telah diisi, dilengkapi dan dilampirkan. Dokumen pendukung pengajuan klaim meliputi : Surat Jaminan; Formulir Klaim; Kwitansi Asli beserta perinciannya dimana terdapat nama pasien, tanggal perawatan dan biaya perawatan; copy resep obat-obatan; hasil pemeriksaan penunjang diagnostik dan Histopatology

Diisi oleh peserta asuransi atau orangtua pasien bila pasien adalah anak.

DATA KARYAWAN		DATA PASIEN	
Nama Perusahaan		Nama	
Nomor Polis		Nomor Peserta	
Nama		Tanggal Lahir	
Nomor Peserta		Jenis Kelamin	
Alamat / No Telp		Hubungan	<input type="checkbox"/> Diri Sendiri <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Istri / Suami
Jika ada polis asuransi lain yang menutup asuransi atas perawatan ini, harap berikan nama Perusahaan Asuransi, alamat, nomor teleponnya :			
Total Jumlah Klaim			
PERNYATAAN PEMBERIAN KUASA			
Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan benar. Dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, perusahaan asuransi dan badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan kesehatan saya untuk memberitahukan kepada PT Asuransi Multi Artha Guna Tbk atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan saya. Copy dari pernyataan ini sama kuat dan sahnyanya seperti aslinya.			
Tempat & Tanggal : _____			
_____ Tanda tangan, nama jelas karyawan/keluarga karyawan			