

**FORMULIR KLAIM
CRITICAL ILLNESS**



DATA PASIEN

NAMA PASIEN _____

TANGGAL LAHIR _____

NO POLIS _____

NAMA WALI _____

HUBUNGAN WALI _____

PERNYATAAN PASIEN / WALI PASIEN

Dengan ini saya yang tersebut di atas sebagai Pasien atau Wali Pasien yang sah, memberi ijin pada pihak Penyedia Pelayanan Kesehatan untuk menjelaskan semua tindakan yang diperlukan demi kesehatan saya kepada PT Asuransi Jiwasraya (Persero) yang sah telah saya beri kuasa untuk mendapatkan semua rekaman medis / informasi lain yang diperlukan dari Penyedia Pelayanan Kesehatan atau pihak lain, agar saya atau Pasien yang saya Wali-kan dapat menerima pembayaran klaim Asuransi Jaminan Tambahan Critical Illness.

TANDA TANGAN dan NAMA JELAS PASIEN atau WALI-nya

DIISI PETUGAS RUMAH SAKIT

NAMA RUMAH SAKIT _____ No.Rekam Medis _____

UNIT / BAGIAN _____

TGL MASUK _____ TGL KELUAR _____

DOKTER YANG MERAWAT _____

(SUB) SPESIALISASI _____

DIISI DOKTER

- Diagnosis Utama Sejak kapan diderita
- Diagnosis Tambahan Sejak kapan diderita.....
- Dr. Perujuk Alamat/RS.
- Apakah merupakan penyakit akibat kecelakaan? Ya Tidak
- Apakah penyakit yang diderita merupakan penyakit yang disengaja oleh Pasien, atau akibat mencelakai diri sendiri? Ya Tidak
- Apakah penyakit tersebut berkaitan dengan penyakit seksual menular? Ya Tidak
- Apakah terhadap Pasien dilakukan tindakan/operasi ? Ya Tidak
a. Nama operasi / tindakan :
- Apakah dilakukan pemeriksaan penunjang untuk menegakkan diagnosis? Ya Tidak
a. Nama jenis pemeriksaan penunjang :
- Apakah Tindakan Bedah tersebut berkaitan dengan Transplantasi Organ ? Ya Tidak

PERNYATAAN DOKTER

Dengan ini saya yang bertanda-tangan disamping ini adalah Dokter yang bertanggung-jawab dalam perawatan Pasien tersebut di atas. Saya menyatakan dengan setinggi-tingginya pengetahuan saya bahwa semua pernyataan dan penjelasan saya di atas, berikut dokumen medis lain yang menyertai adalah benar adanya.

TANDA TANGAN, NAMA JELAS DOKTER DAN STEMPEL DOKTER ATAU RUMAH SAKIT

TANGGAL PENGISIAN FORMULIR _____