



**FORMULIR PENGAJUAN KLAIM ASURANSI
RAWAT INAP / RAWAT JALAN**

(Diisi dan ditanda tangani oleh Pemegang Polis)

Nomor Polis :

Nama Pemegang Polis :

Alamat Pemegang Polis :

No.Telephon yang bisa dihubungi :

Nama Tertanggung :

Mengajukan Pembayaran Manfaat Asuransi (Beri tanda) :

DISEBABKAN OLEH KECELAKAAN

Tanggal terjadi Kecelakaan
Tgl. Bln Thn.

Lokasi Kecelakaan :

Jelaskan bagaimana awal terjadinya kecelakaan dan cedera / luka yang diderita

DISEBABKAN OLEH PENYAKIT

Tanggal awal menderita sakit
Tgl. Bln Thn.

Jelaskan riwayat dan gejala awal penyakit

Nama Dokter yang merawat :

Alamat Dokter / RS yang merawat :

Jenis Perawatan : Rawat Jalan
 Rawat Inap Tgl.Rawat _____ Sampai dengan _____

KETERANGAN LAIN

a. Apakah Anda ditanggung oleh program asuransi lain atau Perusahaan Asuransi lain, baik secara keseluruhan atau sebagian untuk biaya Perawatan ?

Jenis Program Asuransi	Nama Alamat Perusahaan	Nomor Polis
Program Asuransi Kesehatan / Kecelakaan Lain		
Program Asuransi Lain		
Program Jamsostek		

b. Apakah Anda pernah mengajukan Permintaan Manfaat Asuransi sebelumnya atas Polis ini, baik Penyakit / Kecekaan yang sama atau berbeda ?

Tidak pernah Pernah, Tanggal _____

Nama dokter pribadi / yang biasa di kunjungi :

Ala m a t :