

Perlu diperhatikan:

## FORMULIR KLAIM RAWAT INAP DAN PEMBEDAHAN

1. Semua pertanyaan harap dijawab dengan lengkap dan benar, dan beri tanda (√) pada pilihan yang sesuai.

## (Dilengkapi oleh Pihak Yang Mengajukan Klaim)

3. Per 4. Apa	ak menandatangani Formulir ini dalam ke nulisan tanggal selalu menggunakan form abila terjadi kesalahan penulisan, mohon abila kolom yang disediakan tidak cukup,	at ta tidak	ango k me	gal-b engh	ulan apus	-tah s me	nun. elainl	kan	mer	core	et d	an n										-	ninya			
А	Data Pemegang Polis & Tertanggung																									
1.	Nomor Polis/Sertifikat:																									
2.	Nama Pemegang Polis:																									
3.	Nama Tertanggung:																									
4.	Nomor KTP/Identitas Lain:																									
В	B Data Perawatan																									
1.	Tanggal Masuk Rumah Sakit:			] -			-																			
2.	Tanggal Keluar Rumah Sakit:			] -			-						Lama perawatan:										Hari			
3.	Nama Rumah Sakit:																									
4.	Alamat Rumah Sakit:																									
5.	Nama Dokter yang merawat:																									
6.	No. Kartu Pasien/Rekam Medis:																									
С	Jika rawat inap karena Penyakit																									
1.	Keluhan & gejala yang menyebabkan m	asuk	Rur	mah	Saki	it se	erta 1	ang	ıgal	pert	ama	a kal	i dir	asal	kan:											
	N																									
2.	Nama Penyakit /Diagnosa:																									
3.	Jika dilakukan operasi, mohon sebutkan	nan	na c	pera	asiny	ya:																				
D	Jika rawat inap karena Kecelakaan																									
1.	Tempat terjadinya kecelakaan:																									
2.	Tanggal terjadinya kecelakaan:			] -			-																			





Chase Plaza Lantai 22 | Jl. Jend. Sudirman Kav 21, Jakarta 12920 Telepon: (021) 21 888 000 | Faks: (021) 2934 7977 | Email: customer@bcalife.co.id

3.	Kronologis terjadinya kecelakaan																			
Е	Nama Dokter/Rumah Sakit/Puskesmas	s/Laboi	raturiu	ım/Klin	ik apa	apun y	ang p	ernah	Anda	a kur	jung	i unti	uk ka	nsu	Iltas	i per	ıyaki	ıt lai	innya	a?
	Mahan langinkan hasil Lahanstoni na /m	- di al a a	: /n - n-			ندا دناد		/::l.= =	-1-1											
	Mohon lampirkan hasil Laboratorium/ra	adiolog	ı/pem	eriksa	an me	ears iai	nnya	(JIKA A	da)											
F	Apakah Tertanggung mempunyai asura	nsi jiwa	a pada	perus	ahaar	lain?														
	Ya (sebutkan di bawah)	Tidak																		
	Nama Perusahaan Asur		Nomor Polis								Tahun (Periode) Pertanggungan									
	Nomor BPJS:																			
G	Data Pembayaran Klaim																			
	Apabila klaim disetujui, Pembayaran kla	aim aka	n ditra	ınsfer l	ке:															
1.	Nama Pemilik Rekening:																			
2.	No. Rekening:																			
3.	Mata Uang:	Ru	upiah			US Do	llar													
4.	Nama Bank:							١	lama	Cab	ang:									
5.	Alamat Bank:																			





Chase Plaza Lantai 22 | Jl. Jend. Sudirman Kav 21, Jakarta 12920 Telepon: (021) 21 888 000 | Faks: (021) 2934 7977 | Email: customer@bcalife.co.id

## Pernyataan Pemegang Polis dan/atau Tertanggung

Pemegang Polis dan/atau Tertanggung (selanjutnya disebut "Saya") menyatakan bahwa:

- Semua keterangan yang Saya berikan di dalam formulir ini adalah benar dan tidak ada keterangan maupun hal lainnya yang Saya sembunyikan.
- 2. Saya mengerti dan memahami apabila formulir ini ditandatangani dalam keadaan kosong, belum terisi lengkap atau keterangan yang Saya berikan tidak benar, maka Saya akan bertanggung jawab atas semua kerugian dan/atau akibat hukum yang mungkin timbul.

Ditandatangani di:		Tanggal:												
Pihak Yang Mengajukan Kla	iim	Alamat Tempat Tinggal Pihak Yang Mengajukan Klaim:												
(	)	Nomor Telepon/Ponsel:												
(Nama Lengkap & Tanda Tangan Ses	suai KTP)	Hubungan dengan Tertanggung:												
Tenaga Penjual yang membantu *Khusus untuk Produk Non DMTM dan/	atau Non Group	up												
Nama Tenaga Penjual:		Kode Tenaga Penjual Servicing												
Nama Cabang:		Kode Cabang:												
Nomor Telepon:		Nomor Ponsel:												
Alamat email:														



## Surat Kuasa Pemberian Rekam Medik

Dilengkapi oleh Pihak Yang Mengajukan Klaim

Yang bertanda tangan dibawah ini																					
Nama lengkap:																					
Tanggal Lahir:		-		-																	
Nomor KTP / Identitas Lain:																					
Alamat:																					
Nomor Telepon:																					
Nama lengkap Tertanggung/Pasien:																					
Hubungan dengan Tertanggung/Pasien:	Diri sendiri Su						ami Ist									Anak					
<ol> <li>Dengan ini saya memberi kuasa penuh kepada</li> <li>Dokter, Rumah Sakit/Klinik maupun isehubungan dengan diagnosa dan/ata dan</li> <li>PT Asuransi Jiwa BCA untuk mendapa Klinik, Puskesmas, Praktisi Medis, setia tersebut diatas, mengenai segala hali saya ajukan.</li> </ol>	nstitusi p nu pelayan ntkan infor no perusah	med masi masi	is yang medis asurans	g dik s dar si ata	erika ri set au or	an kep iap do angla	ada okter in vai	Saya · yar ng te	a ata ng me elah r	u ke erav nem	eluar vat / nerik	ga s dok sa,	Saya ter mer	yan yan	ng m g mat at	nenja ewa au n	adi Te akili Ru nengo	ertan umah obati	ggung Sakit Pasier		
Saya setuju bahwa salinan Surat Kuasa ini mer dengan sebenarnya dalam keadaan sadar dan	miliki keku tanpa pak	atan saan	hukum dari p	yan ihak	ig sai man	ma da apun.	n sal	n seļ	perti	asli	nya.	Der	nikia	an S	urat	Kua	asa ini	i Say	a bua		
Ditandatangani di:							7	Tang	ıgal:			-			-						
Yang memberi kuasa,																					

(Nama Lengkap & Tanda Tangan Sesuai KTP)