

## FORMULIR PENGAJUAN KLAIM INDEMNITY

### DATA PERSONAL

1. Nama Karyawan : ..... NIP : .....
2. Nama Perusahaan : .....
3. Nama Pasien : .....
- Peserta  Suami  Istri  Anak
4. No Kartu :
5. No Telepon : ..... HP : ..... Email : .....
6. No. Rekening : .....
7. Atas Nama : .....
8. Bank : .....
9. Biaya Diajukan : Rp .....
10. Tanggal Kuitansi : .....

### KELENGKAPAN BERKAS [berikan tanda cek list (✓)]

NO	YANG HARUS DILAMPIRKAN	LENGKAP	TIDAK LENGKAP
1	Fotocopy kartu Inhealth (Pasien)		
2	Kwitansi (asli) dengan materai untuk tagihan senilai Rp. 1.000.000,- atau lebih (materai Rp. 6.000,-)		
3	Rincian biaya perawatan (biaya kamar perawatan, biaya obatobatan termasuk copy resep, pemeriksaan penunjang, biaya tindakan, jasa dokter)		
4	Diagnosa Dokter/Resume medis (formulir rawat jalan/rawat inap)		
5	Fotocopy hasil pemeriksaan penunjang (laboratorium, rontgen, USG, EKG, endoscopy, dll) dan laporan prosedur tindakan (bila dilakukan)		

<b>Tanggal penyerahan klaim</b>

.....

(.....)

Nama Jelas & tandatangan peserta

- Formulir ini WAJIB diisi dengan lengkap dan Jelas, Hanya klaim yang memenuhi persyaratan yang akan diproses lebih lanjut
- Berikan tanda ✓ pada masing-masing kolom Berkas untuk lampiran berkas yang diterima