



PT Asuransi Umum Bumiputera Muda 1967

Kantor Pusat :

Jl. Wolter Monginsidi No. 63, Kebayoran Baru Jakarta 12180

Tlp : (021) 7222685 (Hunting), 7250685

Fax : (021) 7222723, 7222708

Website : www.bumida.co.id

Pemberitahuan klaim

Catatan : Semua bagian harus diisi. Pada bagian "D" semua keterangan yang bersangkutan harus diisi oleh petugas Administasi Rumah Sakit atau Dokter yang merawat,kecuali klaim itu sudah terlampir faktur-faktur yang lengkap dan terperinci.

A. KETERANGAN PENUNTUT KLAIM

Nama Penderita Usia Alamat

Nama tertanggung (untuk polis perorangan)

Nama pemegang polis (untuk polis koliktive)

B. HAK UNTUK MEMBERIKAN KETERANGAN

Denagn ini saya memberikan hak kepada Dokte dan atau petugas/pengurus Rumah Sakit untuk memberikan setiapketerangan yang di perlukan dalam hubungan dengan pemeriksaan atau pengobatan saya selama ini.

.....

Tanggal

.....

Tanda tangan;(penderita atau orang tuanya bila ia di bawah umur).

C. LAPORAN DOKTER YANG MERAWAT

1. a. Diagnosis dari penyakit (terperinci)

.....
.....
.....

b. Terangkan mengapa sampai perlu di opname

.....
.....

c. Apakah gangguan kesehatan yang di rawat di sebabkan karena :

i. Sakit atau cidera yang di sebabkan oleh pekerjaanya? Bila "ya" mohon jelaskan

.....
.....

ii. Hamil? Bila "ya"terangkan perkiraan tanggal mulai kehamilan

.....
.....

2. a. Bilamana kecelakaan terjadi atau tanda-tanda (symptoms-nya) pertama kali nampak?

- b. Bila si penderita pertama kali berkonsultan pada Saudara untuk gangguan tersebut?

- c. Sepanjang yang saudara ketahui, apakah penderita pernah mendapatkan gangguan atau symptom yang sama atau mirip dengan itu sehubungan dengan tersebut di atas?
 Bila "ya" mohon terangkan dan jelaskan.

3. a. Nama dan sifat dari tindakan pembedahan atau obstetri (bila ada). Jelaskan selengkapnya.....

- b. Biaya yang di bebaskan kepada penderita untuk (a) di atas, termasuk perawatan sesudah pelaksanaan pembedaan.....
- c. Sebutkan tanggal pelaksanaan pembedaan atau tindakan obstetri

- d. Sebutkan tanggal-tanggal dari :
- i. Konsultasi-konsultasi selama di luar Rumah Sakit, jumlah konsultasi.....
- ii. Kunjungan Dokter selama di Rumah Sakit, Jumlah Kunjungan
- e. Bila pelayanan di berikan di suatu Rumah Sakit, terangkan nama dan alamat dari Rumah Sakit
4. Apakah pelayanan perawatan pribadi di butuhkan ,bila "ya" mohon terangan untuk berapa hari
5. Sejauh saudara ketahui apakah pemderita mempunyai Asuransi kesehatan atau sumber santunan lain untuk biaya-biaya perawatannya? Bila "ya" mohon di terangkan

.....
 Tanggal

.....
 Tanda Tangan Dokter yang merawat

.....
 Cap RS/Dokter yang merawat