

FORMULIR KLAIM KESEHATAN BAGI NASABAH KORPORASI HEALTH CLAIM FORM FOR CORPORATE CLIENT

PENTING: Pastikan bahwa Formulir klaim ini telah diisi dengan benar dan lengkap sesuai dengan fakta yang sebenar-benarnya.

IMPORTANT: Please ensure that this claim form has been filled completely and correctly based on the real fact.

DATA PESERTA BAGI NASABAH KORPORASI / PARTICIPANT NAME FOR CORPORATE CLIENT

Nomor Peserta <i>Participant No.</i>	<input type="text"/>
Nama Karyawan <i>Employee Name</i>	<input type="text"/>
Nama Peserta <i>Participant Name</i>	<input type="text"/>
Nama Perusahaan <i>Company Name</i>	<input type="text"/>

INFORMASI PENGAJUAN KLAIM / CLAIM SUBMISSION INFORMATION

	Perawatan 1 <i>Treatment 1</i>	Perawatan 2 <i>Treatment 2</i>	Perawatan 3 <i>Treatment 3</i>	Perawatan Lainnya <i>Other Treatment</i>
Jenis perawatan <i>Type of treatment</i>	<input type="checkbox"/> Rawat Inap / <i>Inpatient</i> <input type="checkbox"/> Rawat jalan / <i>Outpatient</i>	<input type="checkbox"/> Rawat Inap / <i>Inpatient</i> <input type="checkbox"/> Rawat jalan / <i>Outpatient</i>	<input type="checkbox"/> Rawat Inap / <i>Inpatient</i> <input type="checkbox"/> Rawat jalan / <i>Outpatient</i>	<input type="checkbox"/> Rawat Inap / <i>Inpatient</i> <input type="checkbox"/> Rawat jalan / <i>Outpatient</i>
Tanggal masuk <i>Admission date</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tanggal keluar <i>Discharge date</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nama Rumah Sakit <i>Hospital Name</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nama Dokter <i>Doctor's Name</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jumlah nilai kwitansi <i>Total invoice amount</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Keterangan tambahan <i>Additional remark</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INFORMASI TAMBAHAN / ADDITIONAL INFORMATION

Informasi tambahan terkait pengajuan klaim / *Additional information related to the claim submission*

Dengan ini saya menyatakan telah menjawab pertanyaan-pertanyaan di atas dengan lengkap dan benar
I declare that I have answered all the questions above completely and correctly

Ditandatangani di: - - -

Tanda Tangan Karyawan / Peserta sesuai dengan identitas yang berlaku
Employee / Participant sign off based on the valid identity

Nama Jelas Karyawan / Peserta
Employee / Participant name

