

FORMULIR PENGANTAR KLAIM REIMBURSEMENT

SUBMISSION FORM OF REIMBURSEMENT CLAIM

Kepada / To :

PT BNI LIFE INSURANCE
Centennial Tower, 9th Floor
Jl. Gatot Subroto, Kav 24-25 Jakarta 12930

Bersama ini kami sampaikan berkas klaim reimbursement total sebesar Rp..... terbilang
We submit the document of reimbursement claim in the amount of Rp. amount of words.....

Dengan perincian sebagai berikut / with details as follows :

Nama Pegawai :	NPP Pegawai :
Name of Employee	Number of Employee
Unit Organisasi :	Jenjang Jabatan :
Organization Unit	Level of Job Position
Nama Pasien :	Status Pasien : Pegawai/Pasangan/Anak/Trainee
Name of Patient	Status of Patient Employee / Spouse / Child / Trainee

Berilah tanda (✓) sesuai dengan jenis klaim fasilitas kesehatan yang diajukan serta berkas yang disampaikan
Give a sign (✓) according to the type of health claim's facilities that you submit

☐ **Program Asuransi Kesehatan / Health Insurance Program:**

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Rawat Inap
Inpatient | ☐ Pra dan paska rawat Inap
Pre/Post Hospitalization | ☐ Operasi Kecil Rawat Jalan
Outpatient Minor Surgery |
| ☐ Haemodialisa Kronis
Chronic Hemodialysis | ☐ Rawat darurat karena kecelakaan
Emergency Care for Accident | ☐ Medical check Up
Medical Check Up |
| ☐ Kacamata
Glasses | ☐ Melahirkan
Maternity | ☐ Alat Bantu Protosa/Alat Bantu
Prosthetic Aids |
| ☐ Keluarga Berencana
Contraception | | |

☐ **Program Administrasi Kesehatan Rawat Jalan / Outpatient Health Administration Program**

Kelengkapan berkas klaim yang disampaikan / Completeness of Documents submitted :

- ☐ Kuitansi pembayaran asli / Original Payment Receipt
- ☐ Resume medis / Medical Resume
- ☐ Rincian biaya / Detail Cost
- ☐ Rincian biaya dan salinan hasil medical check up / Detail cost and copy of medical check up results
- ☐ Salinan resep / Copy of prescription
- ☐ Salinan tes diagnostik (laboratorium, hasil radiologi, dll) / Copy of the Diagnostic Test (Laboratory Result, Radiology, etc)
- ☐ Salinan kartu akseptor KB atau keterangan alat KB yang digunakan / Copy of contraception card
- ☐ Ukuran lensa dari optik / Receipt of glasses
- ☐ Formulir rawat jalan (hanya diperlukan apabila diagnosa penyakit belum dicantumkan di kuitansi asli / Outpatient form (Only be necessary if the diagnosis of disease not included in the original receipts)
- ☐ Tax invoice atau Official Receipt (untuk perawatan diluar negeri) / Tax Invoice or Original Receipt (for overseas treatment)
- ☐ Surat keterangan dokter mengenai penggunaan alat bantu / Affidavits doctor for the use of aids
- ☐ Lainnya / others

Demikianlah agar dimaklumi, atas kerjasama Saudara kami ucapkan terima kasih.
Thus we submit, thank you for your cooperation.

_____, ____/____/____ (Tempat/tanggal)
(Place/Date)

(_____
(Nama Jelas & tandatangan Pegawai atau Pasien
(Name & Signature of Employee or Patient)

Keterangan / Note :

Berkas telah dikirim pada tanggal / The document has been sent on melalui ekspedisi / by expedition.....*)

*) Diisi pada saat dan waktu pengiriman / Filled at the time and delivery time