

## FORMULIR PENGAJUAN KLAIM WALK IN CUSTOMER

### SUBMISSION FORM OF WALK IN CUSTOMER CLAIM

1. Nama Peserta / *Name of Member* : .....
2. Nomor Peserta / *Number of Member* : .....
3. Nomor Polis / *Number of Policy* : .....
4. Nama Produk Yang Diambil / *Name of Product* : .....
5. Jenis Klaim / *Type of Claim*
  - Asuransi Kesehatan / *Health Insurance*
    - a. Rawat Inap / *In Patient*
      - Rawat Inap / *In Patient*  Pra/Pasca Rawat Inap / *Pre/Post Hospitalization*
      - Operasi Bedah 1 (satu) hari / *One Day Surgery*  Per. Darurat/gigi akibat kecelakaan / *Emergency Care*
    - b. Rawat Lahir / *Maternity*
      - Melahirkan Normal / *Spontan Delivery*  Melahirkan Caesar / *Sectio Caecarea*
      - Komp. Kehamilan / *Comp. of Pregnancy*  Per.sebelum & 40 hari setelah melahirkan/*Pre/Post Natal*
    - c. Rawat Jalan / *Out Patient*
      - Rawat Jalan / *Out Patient*  Imunisasi / *Immunization*  Keluarga Berencana / *Family Planning*
    - d.  Rawat Gigi / *Dental Care*
    - e.  Kacamata / *Glasses*
    - f.  Lain – lain / *Others* : .....
  - Non Asuransi Kesehatan / *Non-Health Insurance*
    - Individu / *Individual* : .....
    - Kumpulan / *Group* : .....
6. Jumlah Klaim Diajukan / *Amount of Submitted* : .....
7. Alamat Peserta (Sesuai KTP) / *Address* : .....
8. No. Telepon Kantor/HP/Rumah / *Phone No. of Office/ Handphone/Home* : ...../...../.....
9. Alamat Email / *Email Address* : .....
10. Informasi Nomor Rekening / *Information of Account No.*
  - Bank / Cabang / *Bank/Branch* : .....
  - No.Rekening / *Account No.* : .....
  - Atas Nama / *On Behalf of* : .....

, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (Tempat/tanggal)  
(Place/Date)

( \_\_\_\_\_ )  
(Nama Jelas & tandatangan Peserta atau Pasien  
(Name & Signature of Member or Patient)