

FORMULIR PENGAJUAN KLAIM BNI LIFE

Nomor Surat :
 Nama Perusahaan :
 Nomor Polis :

No	Nama Karyawan	Nomor Peserta	Nama Pasien	Plan *)									Tanggal Kuitansi	Nominal Klaim	Keterangan
				RI	Pre & Post RI	RJ	RG	RL	KM	MCU	Santunan Duka	**			
												TOTAL	0		

Notes : TOTAL 0

- RI = Rawat Inap RG = Rawat Gigi KM = Kacamata/Contact Lens
- RJ = Rawat Jalan RL = Rawat Lahir MCU = Medical Check Up

Apabila ada perubahan nomor rekening harap melampirkan fotokopi buku tabungan

Persyaratan pengajuan klaim :

a. Rawat Inap & Melahirkan :

1. Kuitansi asli bermaterai dan rincian biaya perawatan
2. Resume medis dari rumah sakit yang diisi dokter merawat
3. Jenis pemeriksaan dan hasil pemeriksaan penunjang diagnostik (contoh : laboratorium, rontgen, USG, CT Scan, MRI, dll)

b. Rawat Jalan, Rawat Gigi dan MCU :

1. Kuitansi asli dan rincian biaya pengobatan untuk rawat jalan, rawat gigi, kacamata dan MCU
2. Diagnosa medis/ penyakit tercantum pada formulir rawat jalan atau pada kuitansi pengobatan rawat jalan dan rawat gigi
3. Salinan resep obat dari dokter
4. Jenis pemeriksaan dan hasil pemeriksaan penunjang diagnostik (contoh: laboratorium, rontgen,USG,CT Scan,MRI, dll)

c. Kacamata :

1. Kuitansi asli dan ukuran lensa
2. Surat rujukan dari dokter spesialis mata untuk pengajuan klaim kacamata yang pertama kali

d. Persyaratan pengajuan klaim santunan duka :

1. Surat pengantar dari perusahaan
2. Surat keterangan kematian/ akte kematian dari RT/ RW
3. Surat keterangan dari rumah sakit (jika meninggal di rumah sakit)
4. Berita Acara Pemeriksaan (BAP) jika meninggal karena kecelakaan
5. Salinan/ foto copy Kartu Keluarga

e. COB (Coordination of Benefit) BPJS

1. Kwitansi asli selisih biaya yang menjadi beban peserta dan telah dibayarkan di Rumah Sakit
2. Copy rincian biaya selama perawatan
3. Resume medis
4. Formulir keterangan rawat inap yang diisi dan ditandatangani oleh petugas administrasi Rumah Sakit serta berstempel asli Rumah Sakit
5. Surat keterangan BPJS (bila ada)

f. Santunan Harian BPJS

1. Resume medis
2. Formulir keterangan rawat inap yang diisi dan ditandatangani oleh petugas administrasi Rumah Sakit serta berstempel asli Rumah Sakit

Kelengkapan dokumen yang menunjang akan mempercepat proses klaim anda

Tanggal diserahkan :	Tanggal diterima :	
Dibuat oleh :	Mengetahui HRD :	Diterima oleh :
	CAP PERUSAHAAN	
Nama Jelas :	Nama Jelas :	Nama Jelas :

*) Diisi dengan tanda silang (x) oleh HRD Perusahaan	**) Jika ada Plan lain yang diambil	Pengisian dengan diketik
--	-------------------------------------	--------------------------