

FORM KETERANGAN INFORMASI PENGAJUAN KLAIM

Nama Tertanggung :
Tempat/Tanggal Lahir :
Alamat KTP :

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :.....
Tempat Tanggal Lahir :.....
Hubungan dengan Tertanggung :.....

Bahwa keterangan yang saya sampaikan dibawah ini adalah keadaan yang sebenarnya yaitu sebagai berikut :

1) Kapan dan dimana pertama kali Anda kenal dengan Tertanggung ?

.....
.....

2) Apakah pekerjaan Tertanggung sejak kapan dan usaha dibidang apa?

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

3) Bagaimana kondisi kesehatan Tertanggung selama Anda mengenalnya?

.....
.....

4) Apakah penyebab Tertanggung dirawat inap yang anda tahu ?

.....
.....

5) Apakah Tertanggung mempunyai riwayat penyakit Lain ? Sebutkan ?

1)Sejak (tgl/bln/thn).....

2)Sejak (tgl/bln/thn).....

3)Sejak (tgl/bln/thn).....

Paraf

6) Apakah Tertanggung mempunyai riwayat rawat inap/rawat jalan di Rumah Sakit?

- **Rawat Jalan**

Tanggal/bulan/tahun(Mohon diisi)

.....

.....

Nama RS(Mohon diisi)

.....

.....

Diagnosa..... (Mohon diisi)

.....

.....

- **Rawat Inap**

Tanggal/bulan/tahun (Mohon diisi)

.....

.....

Nama RS (Mohon diisi)

.....

.....

Diagnosa..... (Mohon diisi)

.....

.....

7) Adakah hal-hal penting lain yang perlu kami ketahui?

.....

.....

.....

Demikian disampaikan, terima kasih.

Hormat Saya,

.....

(Nama lengkap dan tanda tangan)