

**PERMOHONAN  
 PENGISIAN KLAIM/RESUME MEDIS ASURANSI**

**Kepada Yth. :  
 Rumah Sakit Husada Utama**

Yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : .....  
 Umur/Jenis Kelamin : ..... tahun, laki-laki/perempuan\*)  
 No. KTP/SIM/Paspor : .....  
 Alamat : .....  
 : .....  
 No. Telpon : .....

Dengan ini kami mohon untuk dapat terpenuhi/terisinya formulir klaim/resume medis asuransi:

Diri sendiri     Istri     Suami     Anak     Orang Tua     Lainnya: .....

Nama Pasien : .....  
 Umur/Jenis Kelamin : ..... tahun, laki-laki/perempuan\*)  
 Alamat : .....  
 Rekam Medik No : ..... dirawat tanggal: ..... s/d .....

Adapun asuransi tersebut adalah:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....
10. ....

Ketentuan-ketentuan:

1. Pengisian Klaim/Resume Medis per Asuransi
  - Rawat Inap : Rp. 193.600
  - Rawat Jalan : Rp. 96.800
2. Formulir asuransi diserahkan saat pasien masih dirawat dirumah sakit.
3. Pengisian formulir klaim/resume medis asuransi adalah asuransi yang namanya tercantum diatas.

Surabaya, .....

Yang membuat permohonan,

.....

Keterangan :

- \*) Coret yang tidak perlu  
 Beri tanda ✓ pada kolom yang sesuai



**PERSETUJUAN PELEPASAN INFORMASI MEDIS/  
HASIL PEMERIKSAAN : \_\_\_\_\_**

Yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : \_\_\_\_\_  
Umur/ Jenis Kelamin : \_\_\_\_\_ tahun, laki-laki/perempuan\*)  
No. KTP/SIM/Paspor : \_\_\_\_\_  
Alamat : \_\_\_\_\_  
: \_\_\_\_\_  
: \_\_\_\_\_  
No. Telpon : \_\_\_\_\_

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa saya:

**MENYETUJUI**

- Untuk diberikan:
- Foto kopi ringkasan/ resume perawatan
  - Informasi medis berupa pengisian formulir resume medis perusahaan/klaim asuransi sesuai dengan yang tercantum pada Permohonan Pengisian Klaim/Resume Medis Asuransi\*)
  - Lain-lain: \_\_\_\_\_

dari dokumen medik:

Diri sendiri    Istri    Suami    Anak    Orang Tua    Lainnya: \_\_\_\_\_

Nama Pasien : \_\_\_\_\_  
Umur/ Jenis Kelamin : \_\_\_\_\_ tahun, laki-laki/perempuan\*)  
Alamat : \_\_\_\_\_  
Rekam Medik No : \_\_\_\_\_

1. Saya juga telah mengerti dan memahami akan kemungkinan-kemungkinan penyalahgunaan informasi tersebut oleh pihak lain.
2. Atas tanggungjawab dan risiko saya telah menyetujui pemberian informasi medik saya/tersebut.
3. Persetujuan ini saya buat dalam keadaan sadar tanpa tekanan dari pihak manapun.

Surabaya, \_\_\_\_\_  
Yang Membuat Pernyataan,

\_\_\_\_\_

Catatan :

- \*) Coret yang tidak perlu
- Beri tanda✓ pada kolom yang sesuai

**SURAT KUASA  
PENGAMBILAN DOKUMEN INFORMASI MEDIS**

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : .....  
Umur/Jenis Kelamin : ..... tahun, laki-laki/perempuan\*)  
No. KTP/SIM/Paspor : .....  
Alamat : .....  
: .....  
No. Telpon : .....

Dengan ini Saya memberikan kuasa kepada:

Istri  Suami  Anak  Orang Tua  Lainnya: .....

Nama : .....  
Umur/Jenis Kelamin : ..... tahun, laki-laki/perempuan\*)  
No. KTP/SIM/Paspor : .....  
Alamat : .....  
: .....  
No. Telpon : .....

**KHUSUS**

Untuk mengambil dokumen yang berisi informasi medis berupa isian formulir klaim asuransi/resume medis

Diri sendiri  Istri  Suami  Anak  Orang Tua  Lainnya: .....

Nama : .....  
Umur/Jenis Kelamin : ..... tahun, laki-laki/perempuan\*)  
Alamat : .....  
Rekam Medik No : ..... dirawat tanggal: ..... s/d .....

Demikian Surat Kuasa ini saya buat dengan sebenarnya, untuk dipergunakan dalam pengambilan dokumen tersebut diatas.

Surabaya,  
Yang memberi Kuasa

Yang Menerima Kuasa

\_\_\_\_\_  
Tanda tangan & nama Terang

\_\_\_\_\_  
Tanda tangan & nama terang