

**WE TAKE CARE OF YOUR RISK
WITH THE BEST POSSIBLE SOLUTION**

***PROGRAM ASURANSI KESEHATAN
JASINDO HEALTH UNTUK INSTITUT TEKNOLOGI
BANDUNG***

PT ASURANSI JASA INDONESIA
(PERSERO)



Profil Perusahaan

PROFIL PT. ASURANSI JASA INDONESIA (PERSERO)



- PT. Asuransi Jasa Indonesia adalah Badan Usaha Milik Negara (BUMN) yang bergerak di bidang usaha asuransi kerugian / umum.
- Asuransi Jasindo berdiri pada 2 Juni 1973 sebagai hasil penggabungan antara PT Asuransi Bendasraya dengan PT Umum Internasional Underwriters serta tampil sebagai maskapai asuransi kerugian umum terbesar nasional.
- Total Aset per akhir tahun 2014 sebesar Rp 11,279 Trilyun dan pendapatan premi bruto sebesar Rp 4,168 Trilyun.
- Kantor Pusat terletak di Jl. Letjen MT Haryono Kav.61 Pancoran Jakarta Selatan.
- Memiliki 88 Kantor Cabang dan Kantor Penjualan di seluruh Indonesia, serta 1 Kantor Cabang di Labuan Malaysia.
- Memiliki beragam produk asuransi baik perorangan maupun perusahaan.
- Tahun 2013 merupakan Perusahaan Asuransi Kerugian dengan predikat Sangat Bagus versi Majalah Infobank dan Terbesar versi Media Asuransi.

JAJARAN KOMISARIS & DIREKSI

Dewan Direksi 2013

Berdasarkan Keputusan Menteri Negara BUMN
No. SK-135/MBU/2013 tanggal 5 Februari 2013





9 April 2010
ISO 9001:2008
SUCOFINDO



20 April 2010
Best Financial Strength B+
AMI BEST 2010



18 Agustus 2010
Kinerja Keuangan Selama
Tahun 2009 dengan Predikat
SANGAT BAGUS
Infobank Award

Infobank Award Financial
Performance During the Year 2009
with the Predicat VERY GOOD

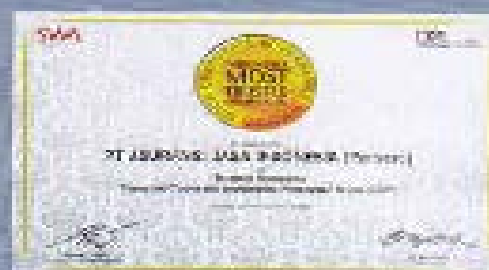


22 September 2010
Annual Report Award 2009
Peringkat II
Kategori BUMN/BUKD
Beruangan - Non Listed
REMENTER AN RUMK

Annual Report Award 2009
Rank II
SME/MSME Finance
Category - Non Listed
MINISTRY OF SOE



26 November 2010
Anugerah
Business Review Award
BUSINESS REVIEW



9 Desember 2010
Trusted Company
MAGALAH SWA - CSPI
SWA MAGAZINE - CSPI



14 Desember 2010
BUMN Kategori Industri Keuangan
yang Berpredikat SANGAT BAGUS
MAGALAH INFOBANK


30th Category of Financial Industry
with Predicat VERY GOOD
INFOBANK MAGAZINE

KINERJA JASINDO (dalam jutaan Rp)

URAIAN	2011	2012	2013	2014
Asset	6.590.394	7.644.608	8.038.927	11.279.069
Premi	3.346.254	3.518.262	3.672.340	4.168.833
Klaim	1.456.640	3.405.128	1.518.216	2.409.427
Laba	253.312	261.473	303.381	348.188

Catatan : nilai dalam Rp. juta

PT Asuransi Jasa Indonesia (Persero) mendapatkan ijin produk Asuransi Kesehatan yang disebut **Jasindo Health Care** dari Bapepam-LK Kementerian Keuangan No. S-1223/BL/2010 Tgl. 10 Pebruari 2010.

**KEMENTERIAN KEUANGAN REPUBLIK INDONESIA**
BADAN PENGAWAS PASAR MODAL DAN LEMBAGA KEUANGAN

Alamat Kantor: Jl. Jendral Sudirman No. 1
Jakarta 10119
Telp: (021) 5200000
Faks: (021) 5200000
Website: www.bapepam-lk.go.id

Nomor : S-1223/BL/2010
Hal : Pencatatan Produk Baru
Jasindo Health Care


Jakarta, 10 Februari 2010

Yth. Direksi PT (Persero) Asuransi Jasa Indonesia
Jalan Letjen. MT. Haryono Kav. 01
Jakarta Selatan 12041

Selhubungan dengan surat Saudara nomor 93/026/MA/2010 tanggal 8 Januari 2010 dan Laporan: Revisi Pengajuan Produk Baru *Jasindo Health Care* yang kami terima pada tanggal 13 Januari 2010 dan berdasarkan hasil analisis kami terhadap laporan produk *Jasindo Health Care* yang Saudara sampaikan, dapat kami benarkan hal-hal sebagai berikut:

- Berdasarkan hasil analisis kami terhadap berkas laporan produk asuransi *Jasindo Health Care* yang Saudara sampaikan, produk asuransi dimaksud telah kami catat sebagai produk asuransi yang dapat disasarkan oleh pemegangnya Saudara.
- Pertu kami tegaskan bahwa sesuai dengan ketentuan Pasal 7 Keputusan Menteri Keuangan Nomor 42/KMK/06/2003, dalam setiap penutupan asuransi, Polis Asuransi harus sesuai dengan spesifikasi Polis Asuransi yang dilaporkan kepada Menteri.
- Pelaksanaan penutupan produk asuransi agar dilaksanakan dengan senantiasa mengacu kepada peraturan perundang-undangan.
- Sebagai bahan dokumentasi kami, kami minta Saudara mengirim kembali seluruh berkas pelaporan produk asuransi *Jasindo Health Care* yang telah kami setuju dalam bentuk Soft Copy dengan format PDF.

Atas perhatian Saudara, kami ucapkan terima kasih.


Igo Kasmawan
NIP. 66612301991021001

Ketua
Badan Pengawas Pasar Modal dan Lembaga Keuangan

Penyusunan:
Ketua

KEP.01.110102010



Penjelasan Benefit

Rawat Inap

No	Jenis Benefit	Pejabat ,Guru Besar,MWA	Pegawai Non Pejabat & Keluarga Pegawai
1	Kamar Rawat Inap	Rp. 600.000,-per hari (maksimum 14 hari)	Rp. 350.000,-per hari (maksimum 14 hari)
2	Unit Perawatan Intensif	Rp. 5.000.000,- Perkejadian	Rp. 5.000.000,- Perkejadian
3	Tindakan operasi (pembedahan	Rp. 25.000.000,- Perkejadian	Rp. 25.000.000,- Perkejadian
	Biaya Aneka Perawatan Rumah Sakit	Rp. 12.500.000,- Perkejadian	Rp. 12.500.000,- Perkejadian
	(termasuk obat-obatan)		
	Kunjungan, Konsultasi dan	Rp. 5.000.000,- Perkejadian	Rp. 5.000.000,- Perkejadian
	Pemeriksaan Dokter		
4	Perawatan Darurat UGD, IRD dll	Rp. 3.000.000,- perkejadian	Rp. 3.000.000,- perkejadian
5	Layanan Ambulance	Rp. 300.000,-, Perkejadian	Rp. 300.000,-, Perkejadian
13	Batasan Klaim Per tahun	Tak terbatas	Tak terbatas
	santunan kematian dalam hal tertanggung meninggal akibat apapun (sakit, kecelakaan, dll), kecuali bunuh Diri	Rp. 50.000.000,-	Rp. 50.000.000,-
		per orang	per orang

Persalinan

No	Jenis Benefit	Pejabat ,Guru Besar,MWA	Pegawai Non Pejabat & Keluarga Pegawai
1	Biaya Persalinan normal	Rp. 7.500.000,- per tahun	
2	Biaya Persalinan Cesar	Rp. 15.000.000,- per tahun	
3	Keguguran dan Komplikasi Kehamilan	Rp. 3.000.000,- per tahun	

TERM & CONDITION

Ketentuan Umum :

1. Provider Swipe Card

2. Usia Anak yang dijamin 15 hari – 25 tahun

3. Masa Kadaluarsa Klaim 60 hari sejak tanggal pengobatan

4. Pembayaran Klaim 14 hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap di Jasindo

5. Tidak ada biaya administrasi untuk transfer selama bank penerima sama dengan tertanggung

6. Masa Tunggu berlaku selama 2 (dua) bulan untuk penyakit yang sama

TERM & CONDITION

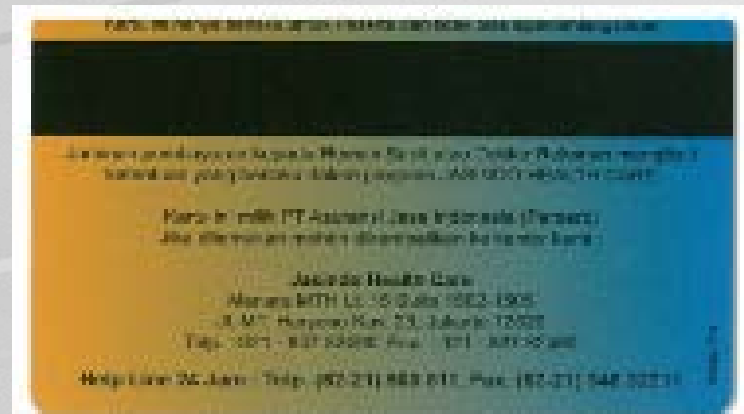
RAWAT INAP

- ❑ **Sistem Klaim Cashless & Reimbursement.**
- ❑ **Bentuk kerjasama BPJS yaitu kelebihan akan dicover Jasindo dengan mekanisme Reimbursment**
- ❑ **Hemodialisa , Kemoterapy, Alat Bantu & Prothesa tidak dijamin.**
- ❑ **Vitamin & Multivitamin di cover atas indikasi medis dan bukan produk MLM**

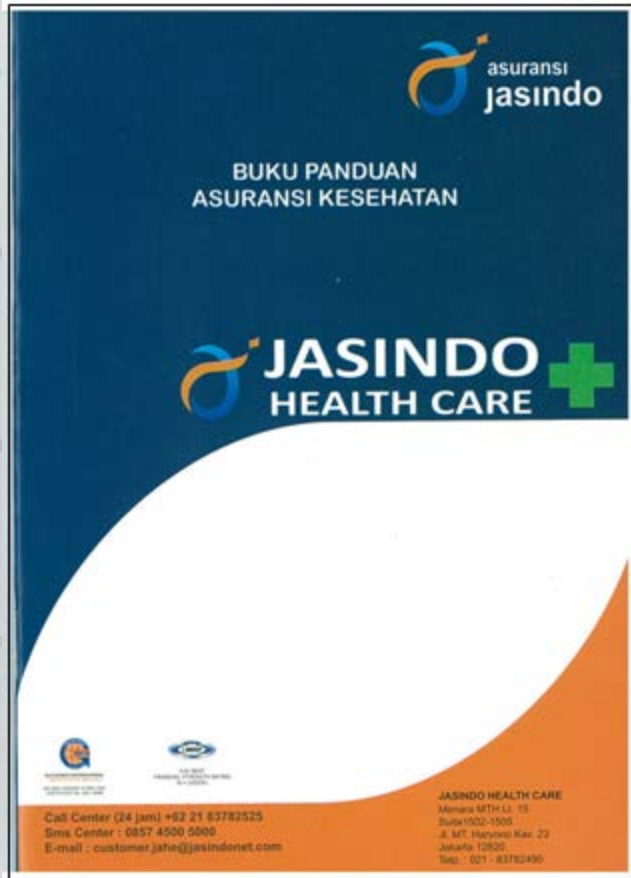
TOLERANSI KAMAR

- **Jika Kondisi Kelas Penuh :**
- **Naik 1 (satu) tingkat atau maksimal 50 ribu (mana yang lebih kecil) selama 2 x 24 jam.**
- **Jika Kondisi Kamar Tidak Ada Yang Sesuai :**
- **Toleransi Kelas Kamar Maksimal 10% di atas hak kelas kamar (tanpa charge selama perawatan).**
- **Atas Permintaan Sendiri :**
- **Penjaminan berlaku reimbursement dan pengantian diproposionalkan sesuai dengan benefit.**

CONTOH KARTU



BUKU PANDUAN & TANDA RUMAH SAKIT PROVIDER



ALUR PELAYANAN CASHLESS RAWAT INAP



Peserta sakit & mendapat rujukan rawat inap dari dokter

Peserta datang ke RS Provider

Petugas RS melakukan pengesekan di EDC

Asuransi akan memberikan surat persetujuan rawat inap

Peserta memperoleh pelayanan rawat inap di RS

Peserta menandatangani :

1. Surat jaminan akhir, surat pernyataan eksekusi klaim dan form diagnosa
2. Tagihan akhir rawat inap
3. Eksekusi klaim akan ditagihkan ke Perusahaan



RS akan menghubungi call center untuk konfirmasi pasien pulang

CONTOH STRUK

PENGESAHAN & TAGIHAN
ASURANSI JASA INDO
YAKES HT PUPUK KALTIM
DIAG:XXX.X IZIN SAKIT:0
B.DR.SPEC 0.00
B.DR.UMUM 0.00
B.TEST DIAG 0.00
B.OBAT 0.00
FISIOTHERAPI 0.00

JUM.BIAYA :0.00
JUM.DIBYR ASS:0.00
DIBYR PASIEN:0.00

PENDAFTARAN PASIEN

ASURANSI JASA INDO
YAKES HT PUPUK KALTIM
BENEFIT:RAWAT INAP
DIAGNOSA AWAL:
XXX.X
BIAYA KAMAR SESUAI TGH
ICU SESUAI TGH

MOHON HUBUNGI ADMEDIKA
KE TELP. (021) 500811
UTK KONFIRMASI DIAGNOSA

EKSES KLAIM

Ekses Klaim



- Ekses klaim dapat terjadi karena:
 1. Melebihi benefit.
 2. Diagnosa akhir termasuk ke dalam pengecualian polis.
 3. Pengobatan diluar benefit
- Peserta diharuskan untuk meminta bukti pembayaran dari RS.
- Apabila terdapat ekses susulan dari RS maka akan kami tagihkan ke perusahaan dan perusahaan akan menagihkan ke peserta.

Prosedur Klaim Reimbursement

Rawat Inap Dan Melahirkan

- Kwitansi Asli bermeterai dari RS, beserta perincian biaya rawat inap
- Diagnosa dari dokter di Formulir Klaim Jasindo Health dan atau Resume medis dari RS
- Copy resep obat-obatan selama perawatan
- Salinan Hasil Laboratorium & Diagnostik (termasuk surat rujukan Dokter)
- Fotocopy Kartu Peserta
- Expired Claim 60 (enam puluh) hari sejak tanggal kwitansi.
- Pembayaran klaim dalam jangka waktu 14 (empat belas) hari kerja sejak dokumen lengkap diterima.
- Untuk kasus melahirkan dilampirkan dengan surat keterangan lahir dari RS/RB/Bidan



Prosedur Pelayanan Reimbursement



Peserta / Pasien

Peserta masuk ke RS Non provider berlaku sebagai pasien umum (KARTU TIDAK BERLAKU)



Layanan RS

RJ dan atau RI



Pada saat keluar Rumah Sakit: Peserta meminta dokter yang merawat/pihak rumah sakit untuk memberikan berkas yang diperlukan untuk kelengkapan klaim asuransi



Peserta membayar semua biaya pengobatan yang terjadi



Peserta mengajukan berkas klaim yang sudah lengkap ke HRD/SDM dan diteruskan ke Bagian Klaim Jasindo Health



Peserta Pulang



Klaim Meninggal Dunia



- Surat tuntutan dari tertanggung ditanda tangani pejabat berwenang dan stempel perusahaan.
- Asli Surat Keterangan Kematian dari pejabat setempat (minimal kelurahan) atau copy legalisir yang distempel basah oleh perusahaan.
- Asli Formulir Klaim 01 (meninggal dirumah) atau fotocopy stempel basah perusahaan.
- Asli Formulir Klaim 02 (meninggal di rumah sakit) atau fotocopy stempel basah perusahaan, surat keterangan kematian dari rumah sakit
- Fotokopi identitas alm yang masih berlaku
- Fotokopi identitas ahli waris yang masih berlaku & fotokopi KK
- Surat Keterangan dari perusahaan (Min HRD Manager) yang menyatakan alm sebagai pegawai di perusahaan tsb.
- Surat Keterangan Ahli Waris yang dikeluarkan oleh kelurahan./kecamatan

Klaim Meninggal Dunia

Untuk meninggal karena kecelakaan dilengkapi dengan:

1. Fotocopi SIM yang masih berlaku (apabila korban pengemudi).
2. Surat Keterangan dari Kepolisian
3. Formulir Kecelakaan

- Pengajuan klaim meninggal dunia paling lambat diajukan 30 (tiga puluh) hari sejak tanggal meninggal dunia
- Kelengkapan kekurangan dokumen diterima paling lambat 75 (tujuh puluh lima) hari sejak tanggal meninggal dunia.



**Pengiriman
Dokumen
Klaim**

Klaim Asuransi diserahkan ke alamat :

JASINDO HEALTH

PT. Asuransi Jasa Indonesia (Persero)

Menara MTH Lt. 15 Suite 1502 - 1505

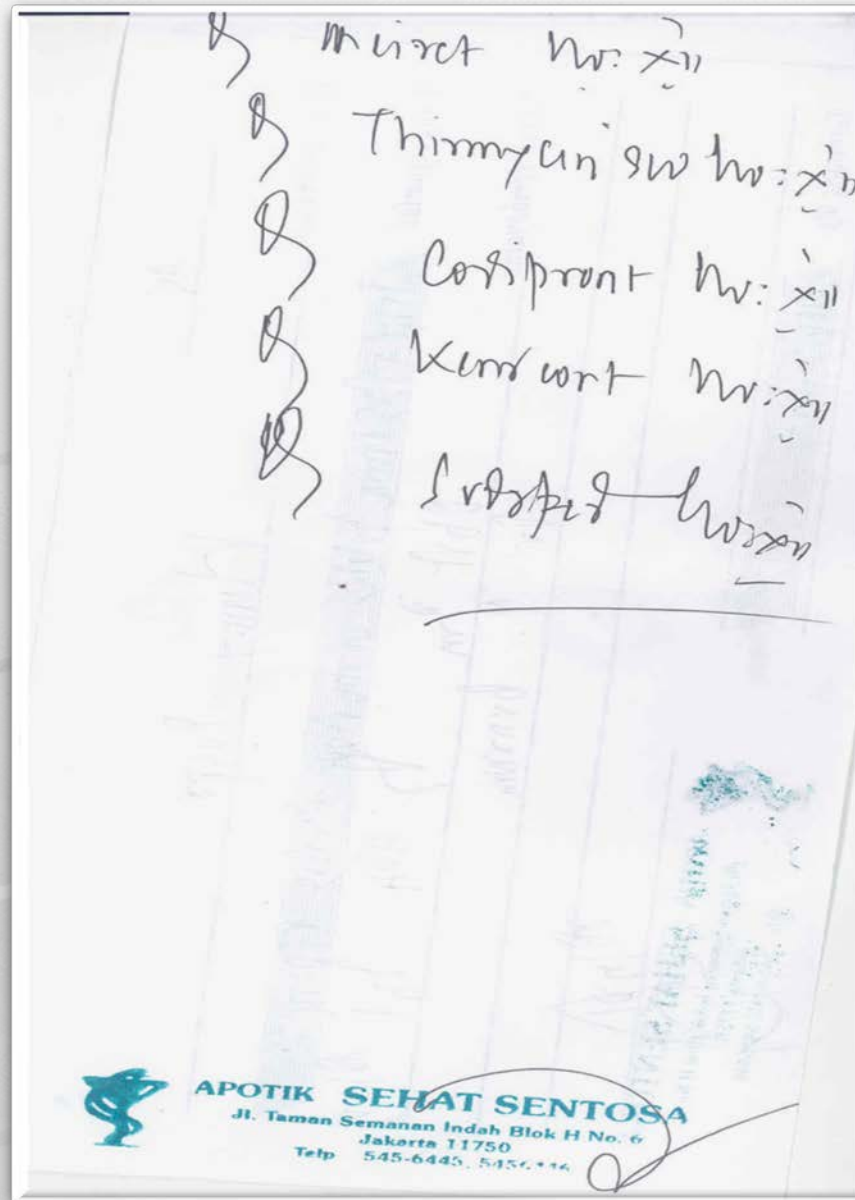
Jalan Letjen MT. Haryono Kav .23

Jakarta 12820



CONTOH DOKUMEN

COPY RESEP
OBAT



CONTOH DOKUMEN



Jl. MH Thamrin No. 1
Sektor 7 Bintaro Jaya
Tangerang 15224 - Indonesia
Tel. : 62-21 7455 500/600/700
Fax. : 62-21 7455800
E-mail : rspremier.bintaro@ramsayhealth.co.id
Web : www.ramsayhealth.co.id

No.: I154145

KWITANSI

Sudah Terima dari : **Jasindo Healthcare**

Banyaknya Uang : # *Tiga Puluh Empat Juta Empat Ratus Tiga Puluh Ribu Dua Ratus Dua Belas Rupiah*

Untuk Pembayaran : # *Rawat Inap*

Jumlah Uang : **Rp. 34.430.212**



CONTOH DOKUMEN



RS PREMIER BINTARO
Jl. MH Thamrin No.1 Sektor 7 Bintaro Jaya
Tangerang 15224 - Indonesia
Tel: 62-21 7455 500/600/700, Fax: 62-21 7455 800

**KWITANSI
RAWAT
INAP**

REKENING PASIEN

NO. KUNJUNGAN : I154145
TANGGAL MASUK : 20 Oct 2014
TANGGAL KELUAR : 24 Oct 2014

	JUMLAH/TOTAL (Rp)
Accommodation	6.600.000,00
Operating Rooms	6.250.000,00
Haematology	260.000,00
Histo-pathology	1.495.000,00
Anaesthetics	390.445,00
Bahan Baku	23.928,00
Drugs	2.231.705,00
IV Fluids	383.916,06
Bandages	414.506,00
Consumables	198.720,00
Medical	2.519.242,00
Medical Gases	240.000,00
Other Consumables	70.400,00
Sutures	930.278,00
Syringes	118.976,00
Anaesthetics Professional Fee	3.237.500,00
Operations	9.250.000,00
General Practitioners	75.000,00
Procedures	200.000,00
Specialists	1.275.000,00
Stamp Duty	6.000,00



RS Internasional Bintaro
Jl. MH Thamrin No.1 Sektor 7 Bintaro Jaya
Tangerang 15224 - Indonesia
Tel: 62-21 7455 500/600/700, Fax: 62-21 7455 800

**KWITANSI
RAWAT
INAP**

REKENING PASIEN

NO. KELUAR : I154145
TANGGAL MASUK : 20 Oct 2014
TANGGAL KELUAR : 24 Oct 2014

JUMLAH/TOTAL	36.170.616,06
Administrasi Pasien	2.170.237,00
	38.340.853,06
ANGSURAN YANG SUDAH DIBAYAR / TOTAL DEPOSIT PAID	
24 Oct 2014 KWITANSI/RECEIPT NO. 5308591	3.910.641,00
	3.910.641,00
KEKURANGAN (KELEBIHAN) BIAYA SAMPAI SAAT INI / UNDER (OVER) PAID :	34.430.212,06

Jakarta, 29 Oct 2014 (16:48)

DIBUAT OLEH / CREATED BY

(Siti Maemunah)

MENYETUJUI/MENGETAHUI/PASIEN/PENANGGUNG JAWAB
APPROVED BY/ACKNOWLEDGED/PATIENT/PERSON RESPONSIBLE

CONTOH DOKUMEN



Menara MTH Lt. 15 Suite 1502-1505
Jl. Letjen MT Haryono Kav. 23 Jakarta 12820
Telp. (021) 83782490, Fax. (021) 8378 2460
http://www.jasindo.co.id | email: customer.jahc@jasindonet.com
Service 24 Jam | telp. 021-83782525 (Hunting)
F : 0857 45005000

CASHLESS* REIMBURSEMENT* *(Pilih sesuai kebutuhan)

Nama Karyawan : Nama Pasien : Kelamin: Pria Wanita
No. Peserta : Nama Perusahaan :
Status pasien : Pegawai Suami/Istri Anak Mahasiswa

FORMULIR KLAIM

2 INFO
Rumah Sakit/ Klinik : **RS. Pondok Indah** Ruang Kelas : Kelamin: Pria Wanita
Dr. : Tanggal Masuk :
Jenis Pelayanan Medis : Rawat Jalan : [] Dr. Umum [] Dr. Spesialis
 Rawat Inap [] Sebelum dan Sesudah Rawat Inap

Emergency tgl. 23 Feb. 2015

RESUME

- Anamnesa
 - Keluhan Utama
demam hari ke-2, batuk/pilek (+), sakit perut
tenggorok sakit, pusing, mual (+).
 - Keluhan Tambahan
 - Sejak Kapan Peserta Mengalami Keluhan Tersebut
Sejak 2 hari sebelum masuk RS.
 - Riwayat Penyakit yang Diderita
- Pemeriksaan Fisik
KU. Lemas, tampak sakit sedang, compos mentis
bibir kering, nyeri tekan (+) epigastrium
 - Tanda Vital :
Kesadaran: CM/Delirium/Stupor/Coma*) GCS:
Tekanan Darah : Pernapasan :
Suhu Tubuh : Nadi :
 - Pemeriksaan Gigi

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
V	IV	III	II	I	I	I	I	I	II	III	IV	V	V	V	V
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
V	IV	III	II	I	I	I	I	I	II	III	IV	V	V	V	V
- Diagnosa Kerja
OBS. FEBRIS HARI KE-2
- Diagnosa Tambahan (jika ada)
- Pengobatan/Tindakan
- Pembedahan (Jika ada)
Jenis Pembedahan
- Lainnya
- Hasil Lab / Diagnostik
fotokopi hasil terlampir
- Terapi dan Tindakan
Zantac, Vometa, Cernevit, Rhinofed,
Otsu NS, Polycrol
- Anjuran atau Saran Pengobatan Selanjutnya
- Diagnosa Medis Berhubungan dengan (beri tanda [v])
 - Kelainan Bawaan
 - Kesuburan
 - Keturunan
 - PHS
 - Kosmetik
 - Kecelakaan Kerja/KKL
 - Psikis/Psikomatis
 - Lainnya (sebutkan)

3 PERNYATAAN PESERTA

Dengan ini Saya memberi kuasa kepada Jasindo Healthcare (JAHC) untuk mendapatkan dan menyimpan segala keterangan/catatan medis (diagnosa, hasil pemeriksaan laboratorium & penunjang medis, pencairan biaya, dll) dari klinik/Rumah Sakit atau pihak lain yang memberikan pelayanan medis kepada Saya sesuai ketentuan yang berlaku. Saya menyetujui bahwa biaya-biaya yang timbul sehubungan pelayanan kesehatan yang Saya terima akan diperhitungkan kemudian oleh Jasindo Health Care (JAHC) dimana dalam hal ini Saya akan bertanggung jawab atas biaya pelayanan dan/atau perlengkapan kesehatan yang tidak disetujui dan/atau biaya yang melebihi batas santunan serta Saya tunduk pada ketentuan peraturan yang berlaku sehubungan dengan timbulnya biaya tersebut.

Tanda Tangan Pasien

Dr. Lily Husin
RSPI PONDOK INDAH

(Nama Jelas Pasien)

(Nama Jelas, Tanda Tangan & Cap Stempel Dokter yang merawat)

Lampiran 1 untuk Jasindo Health Care (JAHC), Lampiran 2 untuk Klinik/Rumah Sakit,

Wajib dilampirkan yang diisi lengkap oleh Peserta dan Dokter yang memeriksa atau merawat dengan disertai tanda tangan dan stempel dokter beserta alamat dan No. telp yang bisa dihubungi
- Hasil Lab dan Diagnostik (jika melakukan tes lab dan diagnostik)
- Resep obat
- Bayaran Asli dari RS/Klinik/Dokter/Aptik/Laboratorium
- Perawatan (Khusus untuk Rawat Inap)



CONTOH DOKUMEN KLAIM MENINGGAL DUNIA



FORMULIR KLAIM 01 (MENINGGAL DUNIA DI RUMAH)

Untuk diisi oleh pengaju klaim
(juga menggunakan huruf cetak)

I. DATA TERTANGGUNG (Almarhum / - ah)

1. Nama Lengkap :
 2. No. Polis / Sertifikat :
 3. Tempat dan Tanggal lahir :
 4. Pekerjaan terakhir :
 5. Alamat terakhir :
- Kodepos Telepon.....
Faksimili.....

II. KRONOLOGIS KEJADIAN

1. Tempat dan tanggal meninggal :
2. Sebab kematian :

III. PERNYATAAN

Saya yang beranda tangan dibawah ini mengajukan klaim atas pertanggungan tersebut kepada PT. Asuransi Jasa Indonesia (Persero) dan menyetujui bahwa pernyataan tertulis dan laporan - laporan dari semua Dokter yang memeriksa atau merawat Tertanggung dan segala surat yang dibutuhkan untuk klaim merupakan dan dianggap sebagai bahan bukti Meninggal Dunia. Selanjutnya saya juga menyetujui bahwa pemberian formulir ini oleh perusahaan tidak merupakan atau dianggap persetujuan Perusahaan atas klaim tersebut dan juga tidak merupakan pengalihan dari Hak atau Kewajiban.

Tanggal Penandatanganan..... / /

(Pihak Ahli Waris)

CONTOH DOKUMEN KLAIM MENINGGAL DUNIA



FORMULIR KLAIM 02 (MENINGGAL DUNIA DI RUMAH SAKIT)

Untuk diisi oleh penguji klaim
(harap menggunakan huruf cetak)

I. DATA TERTANGGUNG (Almarhum / - ah)

1. Nama Lengkap :
 2. No. Polis / Sertifikat :
 3. Tempat dan Tanggal lahir :
 4. Pekerjaan terakhir :
 5. Alamat terakhir :
- Kodepos Telepon.....
Faksimili.....

II. KRONOLOGIS KEJADIAN

1. Tempat dan tanggal meninggal :
2. Sebab kematian :

III. PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini mengajukan klaim atas pertanggungan tersebut kepada PT. Asuransi Jasa Indonesia (Persero) dan menyetujui bahwa pernyataan tertulis dan laporan - laporan dari semua Dokter yang memeriksa atau merawat Tertanggung dan segala surat yang dibutuhkan untuk klaim merupakan dan dianggap sebagai bahan bukti Meninggal Dunia. Selanjutnya saya juga menyetujui bahwa pemberian formulir ini oleh perusahaan tidak merupakan atau dianggap persetujuan Perusahaan atas klaim tersebut dan juga tidak merupakan pengelakan dari Hak atau Kewajiban.

Tanggal Penandatanganan : / /

(Pihak Ahli Waris)

IV. KETERANGAN DOKTER

1. Apakah anda Dokter yang biasa merawat almarhum / - ah Ya Tidak
2. Jika "Ya" sudah berapalama?
3. Jika "Tidak" berikan nama Dokter lain yang biasa merawat Almarhum / - ah

1. Nama Dokter :
2. Alamat Dokter / RS / Klinik :
3. No. telepon :

4. kapan pertama kali almarhum datang untuk berobat kepada Dokter? (Tgl..... Bln..... Thn.....)
5. Keluhan apa yang dirasakan oleh Almarhum/-ah pada saat itu? Mohon penjelasannya
.....
6. Diagnosis apa yang ditagakkan untuk keluhan pertama pasien datang berobat?
7. Menurut pengakuan Almarhum / -ah sejak kapan Almarhum / -ah mulai menderita penyakit tersebut?
8. Pada tanggal berapakah Anda pertama kali bertemu dan merawat Almarhum / -ah untuk penyakit ini?
9. Sehubungan dengan meninggalnya Almarhum / -ah, Diagnosis apakah yang menjadi penyebab utama meninggalnya Almarhum / -ah? Mohon penjelasannya
.....
10. Apakah Almarhum /-ah mempunyai riwayat penyakit " Jantung, Diabetes Mellitus, Liver, Hipertensi, Stroke, Kanker, TBC, Hepatitis C , Gagal Ginjal dan lain - lain (cerat yang tidak perlu) Jika "Ya" mohon penjelasannya (tgl/bln/thn)
.....

11. Adakah Diagnosis / penyakit Sistematis lainnya yang pernah diderita oleh Almarhum / -ah?

12. Adakah informasi lain yang ingin Dokter sampaikan?

PERNYATAAN DOKTER

Dengan ini saya menyatakan bahwa jawaban diatas adalah benar dan lengkap, menurut pengetahuan dan keyakinan saya.

Tanggal.....

Tandatangan dan Cap Rumah Sakit

Nama Dokter :

Pengecualian

PENGECUALIAN

1. Cedera yang timbul langsung/tidak langsung oleh perang, baik perang yang diumumkan atau yang tidak diumumkan, perang sipil, revolusi, kerusuhan dan setiap tindak terorisme;
2. Seluruh biaya yang timbul karena Peserta/Tertanggung menyumbangkan organ tubuh dan/atau darah;
3. Prosedur medis atau bedah yang bersifat eksperimental atau umumnya tidak diterima sebagai pengobatan medis standar oleh ahli/tenaga medis, misalnya: akupuntur, aromaterapi, massage therapy, sinse dan sejenisnya;
4. Pemberian Vitamin yang tidak berhubungan dengan suatu penyakit atau pemberian Vitamin yang berlebihan.
5. Immunisasi diluar Immunisasi yang telah dicantumkan dalam Tabel Manfaat.
6. Perawatan/pengobatan terhadap Human Immunodeficiency Virus (HIV), AIDS, dan penyakit yang berhubungan dengannya.
7. Pengobatan atau perawatan yang berhubungan langsung/tidak langsung dengan pengguguran kandungan (kecuali untuk menyelamatkan jiwa yang bersangkutan), sterilisasi, gangguan menstruasi atau usaha untuk mendapatkan kesuburan;

PENGECUALIAN

8. Cedera yang diakibatkan gangguan kejiwaan/mencederai diri sendiri/keadaan berhubungan dengan gangguan kejiwaan (contoh: neurastenia, anxiety state), perawatan istirahat atau perawatan sanistasi, gangguan psikosomatis (contoh: anorexia, indigestion atau dyspepsia, constipation, acne), kecanduan obat atau alkohol;
9. Kelainan-kelainan bawaan, cacat kogenital, khitanan, sterilisasi untuk setiap jenis kelamin, inseminasi buatan, perubahan jenis kelamin, diagnosa dan pengobatan ketidaksuburan, termasuk perawatan yang diperlukan yang secara langsung/tidak langsung merupakan akibat digunakannya pembedahan/penggunaan alat kontrasepsi secara mekanis atau kimiawi;
10. Ketergantungan akan obat-obat bius/obat-obat terlarang, kecanduan alkohol,
11. Penggunaan alat-alat bantu buatan dan tahan lama seperti tungkai palsu, gigi palsu, mata palsu, alat bantu dengar, dan sejenisnya;
12. Pengobatan untuk memperpanjang hidup seseorang (Pengobatan Sitostika)
13. Medical check up
14. Cuci darah/gagal ginjal
15. Melakukan kegiatan kemiliteran (ABRI)

Redaksi lengkap dapat dibaca pada polis asuransi Jasindo Health Care atau di Buku Panduan



**Pelayanan Nasabah
24 Jam**



CALL CENTER :

Untuk peserta ITB dapat menghubungi Customer Service hotline 24 jam untuk penjaminan :

Telp. (021) 29647522

Fax. (021) 348 - 3221

Customer Service

Tersedia 5 hari kerja Senin-Jumat mulai 08.00 s.d 17.00
WIB

Email : cs.Jasindohealth@asuransijasindo.co.id

Pelayanan Klaim Reimbursement:

Telp. (021) 837-82490

Senin - Jumat pukul 08.00 - 17.00 WIB



Thank you for your attention

PT. ASURANSI JASA INDONESIA (PERSERO)

Jl. Letjen. MT Haryono Kav. 61
PO. Box 4127 Kby - Jakarta Pusat 12041
Telp. (021) 7994508, 7987908
Fax. (021) 799564, 7971015 Website :
www.jasindo.co.id

**PT. ASURANSI JASA INDONESIA (PERSERO)
JASINDO HEALTHCARE**

Menara MTH Lt. 15 Suite 1502-1505
Jl. MT Haryono Kav. 23 Jakarta Selatan 12520
Telp. (021) 83782490 Fax. (021) 83782485, 83782460
Website : www.jasindo.co.id