



Standard Operating Procedure (SOP)

**PENGAJUAN KLAIM ASURANSI KESEHATAN
DOSEN DAN TENAGA KEPENDIDIKAN
(TENDIK)**

004-KP/FTI/SOP/2020

**FAKULTAS TEKNOLOGI INDUSTRI
INSTITUT TEKNOLOGI BANDUNG
2020**

RIWAYAT REVISI

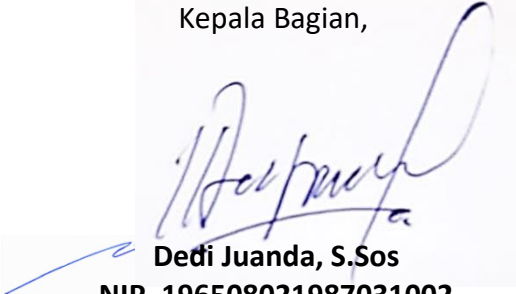
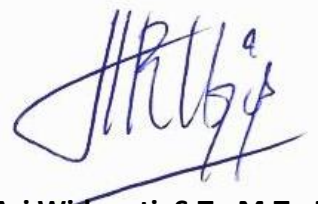
Standard Operating Procedure (SOP)



JUDUL : PENGAJUAN KLAIM ASURANSI KESEHATAN DOSEN DAN TENAGA KEPENDIDIKAN (TENDIK)	NOMOR : 004-KP/FTI/SOP/2020 REVISI KE : 0 BERLAKU TMT : 19 Agustus 2020 HALAMAN : 2 dari 7
---	---

SOP ini merupakan SOP versi pertama karena belum pernah ada sebelumnya.

LEMBAR PENGESAHAN

Disiapkan oleh:	
Kepala Bagian,  Dedi Juanda, S.Sos NIP. 196508021987031002 Tgl: 19 Agustus 2020	Wakil Dekan Bidang Sumberdaya,  Ari Widyanti, S.T., M.T., Ph.D. NIP. 197606132006042002 Tgl: 19 Agustus 2020

Disetujui oleh:
Dekan,  Prof. Brian Yulianto, S.T., M.Eng., Ph.D. NIP. 197507272006041005 Tgl: 19 Agustus 2020

Standard Operating Procedure (SOP)



JUDUL : PENGAJUAN KLAIM ASURANSI KESEHATAN DOSEN DAN TENAGA KEPENDIDIKAN (TENDIK)	NOMOR : 004-KP/FTI/SOP/2020 REVISI KE : 0 BERLAKU TMT : 19 Agustus 2020 HALAMAN : 3 dari 7
---	---

DAFTAR ISI

- I. UNIT KERJA TERKAIT
- II. TUJUAN
- III. REFERENSI
- IV. PENGERTIAN DAN BATASAN
- V. PROSEDUR
- VI. INDIKATOR KEBERHASILAN
- VII. LAMPIRAN

Standard Operating Procedure (SOP)



JUDUL : PENGAJUAN KLAIM ASURANSI KESEHATAN DOSEN DAN TENAGA KEPENDIDIKAN (TENDIK)	NOMOR : 004-KP/FTI/SOP/2020 REVISI KE : 0 BERLAKU TMT : 19 Agustus 2020 HALAMAN : 4 dari 7
---	---

I. UNIT KERJA TERKAIT

1. Kelompok Keahlian (KK)
2. Program Studi
3. Direktorat Kepegawaian
4. Sub Direktorat Remunerasi

II. TUJUAN

Tujuan dari SOP ini adalah untuk mengatur alur proses pengajuan klaim asuransi Dosen dan Tenaga Kependidikan (Tendik) agar dapat berjalan lancar dan efektif. SOP ini meliputi proses pengajuan klaim asuransi terutama untuk proses penggantian /*reimbursement* biaya rawat inap di rumah sakit, proses persalinan dan/atau asuransi kematian.

III. REFERENSI

1. Kantor Sekretaris ITB nomor agenda 0071/SI/2020 tentang Pemberitahuan Pengelola Asuransi Kesehatan tahun 2020.
2. Surat Direktur Kepegawaian nomor 390/I1.B03.2/KP/2020 tentang Pemberitahuan Pengelola Asuransi Kesehatan tahun 2020.

IV. PENGERTIAN & BATASAN

A. Pengertian

Asuransi Kesehatan adalah fasilitas asuransi rawat inap yang diberikan oleh ITB untuk pegawai dosen dan tenaga kependidikan diluar asuransi kesehatan Askes/BPJS. Fasilitas Asuransi Kesehatan diberikan setiap tahun dengan penyedia/*provider* yang dipilih ITB. Asuransi kesehatan ini memfasilitasi rawat inap, persalinan dan asuransi kematian.

B. Batasan

1. Klaim Asuransi akan dibayarkan secara otomatis di rumah sakit mitra yang telah dipilih oleh pegawai dan telah memiliki kerjasama dengan

Standard Operating Procedure (SOP)



JUDUL : PENGAJUAN KLAIM ASURANSI KESEHATAN DOSEN DAN TENAGA KEPENDIDIKAN (TENDIK)	NOMOR : 004-KP/FTI/SOP/2020 REVISI KE : 0 BERLAKU TMT : 19 Agustus 2020 HALAMAN : 5 dari 7
---	---

- provider* asuransi atau *reimburse* untuk rumah sakit non rekanan asuransi.
2. Besaran klaim yang dibayarkan adalah sesuai dengan kelas yang telah ditentukan.
 3. Waktu pengajuan klaim *reimburse* disampaikan selambat lambatnya 14 (empat belas) hari setelah pasien keluar dari rumah sakit.

V. PROSEDUR

1. Pemohon mengajukan *reimbursement* ke Wakil Dekan bidang Sumberdaya (WDSD) dengan melengkapi seluruh dokumen yang terdiri dari:
 - a. Permohonan klaim asuransi kesehatan
 - Satu lembar fotokopi kartu asuransi
 - Formulir klaim dari *provider* asuransi kesehatan
 - *Resume* medis dari dokter
 - Kwitansi total asli bermaterai 6000 dari rumah sakit
 - Rekap biaya perawatan dari rumah sakit
 - Rincian biaya perawatan dan obat-obatan / salinan resep dari rumah sakit
 - Fotokopi hasil laboratorium dari rumah sakit (jika ada)
 - b. Permohonan klaim asuransi persalinan/melahirkan
 - Satu lembar fotokopi kartu asuransi
 - Formulir klaim dari *provider* asuransi kesehatan
 - *Resume* medis dari dokter
 - Kwitansi total asli bermaterai 6000 dari rumah sakit
 - Rekap biaya perawatan dari rumah sakit
 - Rincian biaya perawatan dan obat-obatan / salinan resep dari rumah sakit
 - Fotokopi hasil laboratorium dari rumah sakit
 - Fotokopi cap ibu jari tangan (ibu) dan cap telapak kaki (bayi) (khusus untuk biaya persalinan)
 - Fotokopi surat keterangan lahir (khusus untuk biaya persalinan)
 - c. Permohonan klaim asuransi kematian
 - Satu lembar legalisir surat keterangan kematian dari kelurahan

Standard Operating Procedure (SOP)



JUDUL : PENGAJUAN KLAIM ASURANSI KESEHATAN DOSEN DAN TENAGA KEPENDIDIKAN (TENDIK)	NOMOR : 004-KP/FTI/SOP/2020 REVISI KE : 0 BERLAKU TMT : 19 Agustus 2020 HALAMAN : 6 dari 7
---	---

- Satu lembar legalisir surat keterangan kematian dari rumah sakit
 - Formulir klaim meninggal dunia
 - Surat keterangan dokter
 - Satu lembar legalisir surat keterangan penguburan
 - Satu lembar legalisir surat keterangan ahli waris
 - Satu lembar kronologis kematian
 - Satu lembar legalisir Akta Nikah
 - Satu lembar legalisir Kartu Keluarga
 - Satu lembar legalisir Kartu Tanda Penduduk (KTP) ahli waris
 - Kartu asuransi asli atas nama jenazah
 - Satu lembar fotokopi buku rekening ahli waris
2. WDSD menerima usulan klaim dari dosen/tendik dan mendisposisikan ke Sub bagian Kepegawaian untuk diproses selanjutnya.
 3. Sub bagian Kepegawaian melakukan verifikasi kelengkapan persyaratan/ dokumen dan membuat surat pengantar klaim asuransi.
 4. WDSD menyetujui surat pengantar klaim asuransi.
 5. Sub bagian Kepegawaian mengirimkan surat pengantar dengan dilengkapi seluruh berkas yang dibutuhkan kepada Direktorat Kepegawaian dengan tembusan kepada Sub Direktorat Remunerasi untuk diajukan kepada pihak asuransi.
 6. WDSD menerima informasi dari Sub Direktorat Remunerasi bila dana klaim telah ditransfer oleh pihak asuransi.
 7. Dosen/Tenaga Kependidikan menerima penggantian biaya dari asuransi melalui transfer ke rekening peserta.

VI. INDIKATOR KEBERHASILAN

Proses *reimburse* selesai diajukan dalam waktu 3 (tiga) hari terhitung dari surat dan berkas permohonan lengkap diterima FTI.

Standard Operating Procedure (SOP)



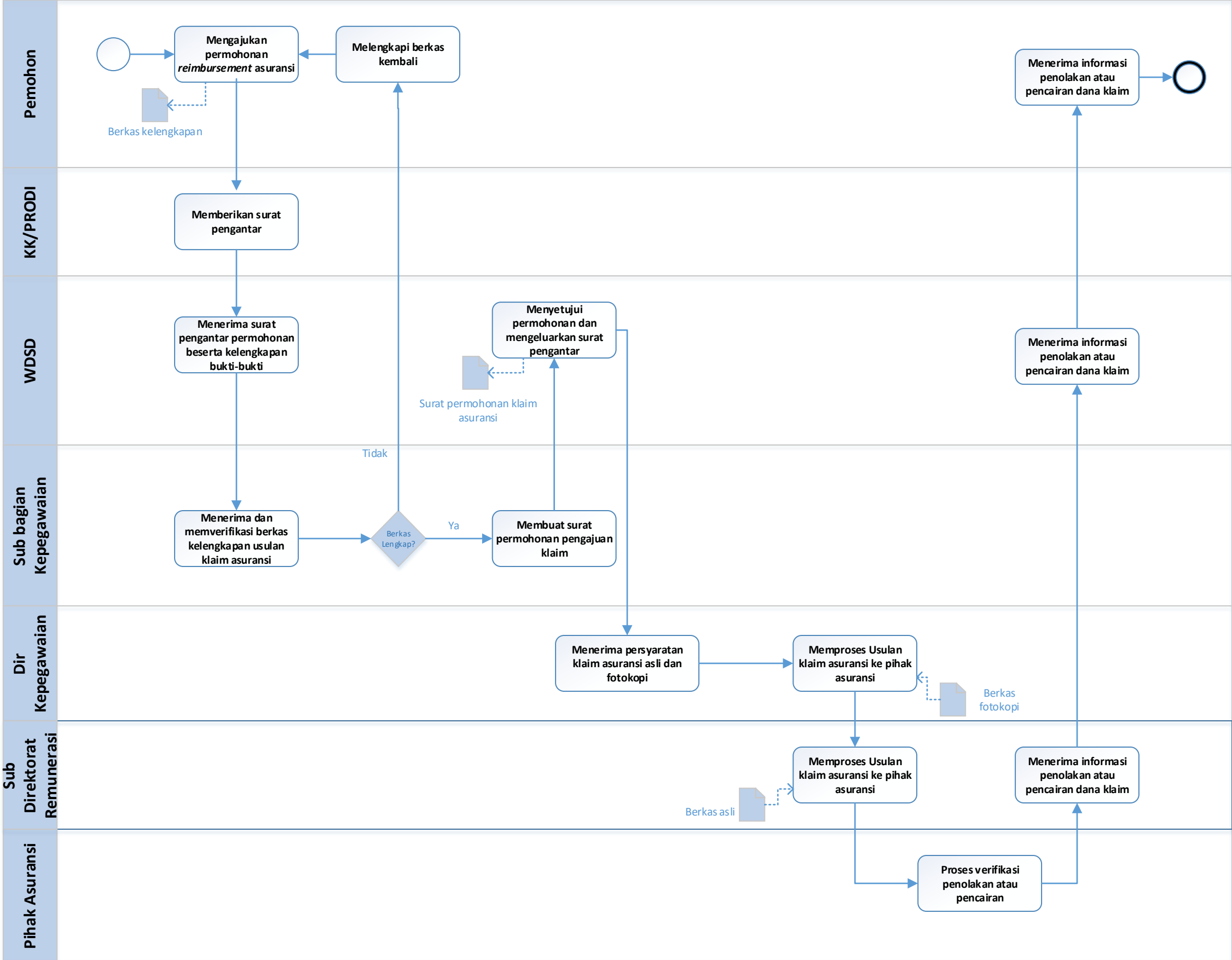
JUDUL : PENGAJUAN KLAIM ASURANSI KESEHATAN DOSEN DAN TENAGA KEPENDIDIKAN (TENDIK)	NOMOR : 004-KP/FTI/SOP/2020 REVISI KE : 0 BERLAKU TMT : 19 Agustus 2020 HALAMAN : 7 dari 7
---	---

VII. LAMPIRAN

- Lampiran 1 - Diagram Alir SOP Pengajuan klaim asuransi kesehatan Dosen dan Tenaga Kependidikan (Tendik)
- Lampiran 2 - Formulir Pengajuan klaim asuransi kesehatan Dosen dan Tenaga Kependidikan (Tendik)

Lampiran 1 – Diagram Alir SOP Pengajuan Klaim Asuransi Kesehatan Dosen dan Tendik

PENGAJUAN KLAIM ASURANSI KESEHATAN DOSEN DAN TENDIK



Lampiran 2 – Formulir Pengajuan Klaim Asuransi Kesehatan Dosen dan tenaga Kependidikan (Tendik)



INSTITUT TEKNOLOGI BANDUNG
FAKULTAS TEKNOLOGI INDUSTRI

Gedung Benny Subianto - Labtek V Lantai 1, Jalan Ganesa 10, Bandung 40132
Telp.: +6222 2504551, Fax.: +6222 2509406, Email: fti@fti.itb.ac.id, Website: www.fti.itb.ac.id

Nomor :/IT1.C07.2/KP/2020

.....

Lamp. : Satu berkas

Hal : Reimburse Pertanggungan Klaim Meninggal Dunia
a.n. (Nama Alm)

Yang terhormat,

Dr. Dea Indriani Astuti, S.Si

Direktur Kepegawaian

Institut Teknologi Bandung

Jalan Tamansari No.64 Bandung

Dengan ini kami sampaikan bahwa Sdr. (status almarhum/ah Keluarga pegawai/pegawai Program Studi Fakultas Teknologi Industri Institut Teknologi Bandung tersebut di bawah ini:

Nama : (nama pegawai)

NIP :

Nomor rekening :

telah meninggal dunia pada (hari, tanggal kematian) di (tempat meninggal rumah tinggal/RS/Klinik).

Berkenaan dengan hal tersebut, terlampir kami sampaikan berkas kelengkapan untuk pengajuan klaim meninggal dunia guna mendapat santunan kematian:

1. Formulir Klaim PT. (Meninggal Dunia di Rumah Sakit)
2. Legalisir Surat Keterangan Kematian dari Kelurahan (5 lembar);
3. Surat Keterangan Meninggal Dunia dari Rumah Sakit (5 lembar);
4. Satu Lembar Surat Keterangan Dokter (5 Lembar Fotokopi);
5. Surat Kronologis Kematian
6. Legalisir Surat Keterangan Pemakaman dari Rukun Warga (5 lembar);
7. Kartu Peserta a.n. (nama almarhum/ah) (Asli)
8. Fotokopi Kartu Keluarga (5 lembar)
9. Fotokopi KTP Suami, Istri (5 lembar)
10. Legalisir Surat Nikah (5 lembar)
11. Fotokopi Halaman Pertama Buku Tabungan Ahli Waris.

Demikian kami sampaikan. Atas perhatian serta pemrosesan lebih lanjut, kami ucapkan terima kasih.

Wakil Dekan Bidang Sumberdaya,

Ari Widyanti, S.T., M.T., Ph.D.

NIP 197606132006042002

Tembusan:

1. Kasubdit Remunerasi ITB;
2. Yang bersangkutan.



PT. TABUNGAN ASURANSI PEGAWAI NEGERI (PERSERO)
KANTOR CABANG UTAMA BANDUNG
Model AKT. 3 (Lampiran AKT. 2)

KETERANGAN AHLI WARIS

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Kantor/Instansi: Institut Teknologi Bandung dengan ini menerangkan bahwa :

I. Peserta PT. TASPEN (PERSERO) tersebut di bawah ini :

1.	Nama lengkap Peserta	:	 (nama almarhum)
2.	Tempat dan Tanggal Lahir	:	 (almarhum)
3.	No. TASPEN/NIP/NIK	:	.....
4.	Terakhir bekerja sebagai Pegawai dari Instansi	:	.....
5.	Alamat Instansi	:	
6.	Pangkat/Golongan Terakhir dan Besarnya Gaji Pokok Terakhir	:	
7.	Alamat atau Tempat Tinggal Terakhir Peserta	:	.....
sebelum Meninggal			
8.	Telah Meninggal Dunia pada Tanggal	:	.....

II. Berdasarkan bahan-bahan/keterangan yang ada pada kami, Almarhum/Almarhumah meninggalkan Ahli Waris/Anggota Keluarga sebagai berikut :

1.	Isteri/Suami bernama	:	 (ahli waris)
2.	Tempat dan Tanggal Lahir	:	.....
3.	Pekerjaan	:	.....
4.	Alamat atau Tempat Tinggal	:	.....
	Kelurahan	:	.....
	Kecamatan	:	.....
	Kantor Pos Terdekat (No. HP)	:	.....

ANAK-ANAK ANGGOTA KELUARGA ALMARHUM/ALMARHUMAH

NO.	NAMA	TANGGAL LAHIR	HUBUNGAN KELUARGA	KET
1				
2				
3				

Surat Keterangan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dengan mengingat sumpah jabatan serta keinsyafan, bahwa jika saya memberikan keterangan-keterangan palsu/tidak benar, maka saya bersedia dituntut sesuai dengan ketentuan-ketentuan hukum yang berlaku.

Bandung,

Disahkan oleh Lurah/Kepala Desa ,

Kepala Kantor.Instansi,

.....

NIP

Tanda tangan, nama lengkap, cap instansi

.....

NIP

Tanda tangan, nama lengkap, cap instansi

A. JENIS PENGAJUAN KLIM :

ASURANSI

PENSIUN

B. PEMOHON/PESERTA

Nama

L/P*)

Lahir

Tanggal

Bulan

Tahun

Nip/Nik/Nrp/Npv

Notas

Alamat

Kelurahan/Desa

Kecamatan

Kota/Kabupaten

No. KTP

NOMOR Telepon

C. YANG MENGALAMI KEJADIAN

Nama

Nanik Riskayanti

L/P*)

Lahir

Tanggal

Bulan

Tahun

Tanggal Kejadian

Tanggal

Bulan

Tahun

Nip/Nik/Nrp/Npv

D. KANTOR BAYAR PENSIUN :

Kantor POS

:

BANK/GIRO

:

No. Rekening

Jenis Pembayaran SPP

Tunai

Transfer BANK

Cek POS

E. INFORMASI LAINNYA

NOTAS (bagi penerima pensiun rangkap) :

NIP (Suami/Istri)

:

NPWP

:

F. PERNYATAAN KUASA

Dengan ini saya menyatakan :

Memberi kuasa dengan hak substitusi kepada PT. TASPEN (PERSERO) khusus untuk mendebet rekening saya Nomor :5 di PT.

BANK/GIRO : Untuk mengembalikan seluruh kelebihan pembayaran uang pensiun yang bukan merupakan hak saya atau ahli waris saya menurut ketentuan yang berlaku untuk dikreditkan kepada PT. TASPEN (PERSERO).

Demikian permohonan ini dan keterangan di atas saya buat dengan sebenar-benarnya dan penuh kesadaran, apabila keterangan yang saya berikan tidak benar, saya bersedia mengganti semua kerugian kepada negara/PT. TASPEN (PERSERO) dan bersedia dituntut sesuai dengan perundang-undangan yang berlaku.

Bandung,

Pemohon,

..... (nama ahli waris)