

Formulir Klaim Asuransi Mikro Santunan Kesehatan

Micro Health Benefit Insurance Claim Form

- Formulir Klaim ini berlaku untuk seluruh Asuransi Kesehatan Mikro: HCP 5 Disease, Mikro Demam Berdarah, Mikro Demam Berdarah Plus, Mikro Tipes, dan Mikro Tipes Plus.

This Claim Form applies to all Micro Health Insurance products: HCP 5 Disease, Micro Dengue Fever, Micro Dengue Fever Plus, Micro Typhoid, and Micro Typhoid Plus.

- Mohon lengkapi semua data di Formulir Klaim dengan benar dan jelas.
Please complete all information in the claim form accurately and clearly.
- Apabila ruang pada formulir tidak mencukupi, Anda dapat menggunakan kertas tambahan dan melampirkannya bersama Formulir Klaim. If the space provided on the form is insufficient, you may use an additional sheet of paper and attach it to the Claim Form.

A. DETAIL TERTANGGUNG / INSURED'S DETAIL

Mohon pilih salah satu / Please select one

Jenis Polis
Policy Type

- ☐ Mikro Tipes
Micro Typhoid
 ☐ Mikro DB
Micro Dengue Fever
 ☐ HCP 5 Disease
Micro HCP 5 Disease
- ☐ Mikro Tipes Plus
Micro Typhoid Plus
 ☐ Mikro DB Plus
Micro Dengue Fever Plus

No. Polis
Policy No.

Nama Lengkap Tertanggung
Insured's Full Name.

Tanggal lahir (hari/bulan/tahun)
Date of birth (day/month/year)

 / /

Jenis kelamin
Gender

- ☐ Pria
Male
 ☐ Wanita
Female

Nomor identitas (KTP/Paspor)
Identity Number (ID Card/Passport)

Alamat
Address

Kode pos
Postal Code

No. Telepon/HP
Phone Number

Alamat Email
Email Address

B. DETAIL YANG MENGAJUKAN KLAIM / CLAIMANT'S DETAIL

Tidak perlu mengisi bagian ini jika yang mengajukan klaim adalah Tertanggung / No need to fill in this section if claimant is the Insured.

Nama Yang Mengajukan Klaim
Claimant's Name

Nomor identitas (KTP/Paspor)
Identity Number (ID Card/Passport)

Tanggal lahir (hari/bulan/tahun)
Date of birth (day/month/year)

 / /

Hubungan dengan Tertanggung
Relationship with the Insured

- ☐ Pemegang Polis
Policyholder
 ☐ Penerima Manfaat
Beneficiary
 ☐ Lainnya
Others

No. Telepon/HP
Phone Number

Penerima manfaat wajib memberikan salinan Surat Keterangan Kematian dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan atau kelurahan dan salinan Kartu Keluarga sebagai bukti hubungan keluarga.

The beneficiary must provide photocopy of the Insured's death certificate issued by Healthcare Facility or the district and photocopy of Kartu Keluarga as a proof of family relationship.

C. DETAIL KLAIM / CLAIM DETAIL

Nama Penyakit (Diisi oleh Pemilik Polis HCP 5 Disease)
Name of Disease (to be completed by the Policyholder of HCP 5 Disease)

- ☐ Demam Berdarah/DB Dengue
Dengue Fever/Dengue Hemorrhagic Fever

- ☐ Pneumonia
Pneumonia

- ☐ Difteri
Diphtheria

- ☐ Tipes/Demam Tifoid
Typhoid Fever

- ☐ Meningitis
Meningitis

Tanggal Diagnosis
(hari/bulan/tahun)
Diagnosis Date (day/month/year)

 / /

Tanggal Rawat Inap
(hari/bulan/tahun)
Hospitalization Date (day/month/year)

 / /

s.d.
until

 / /

Apakah ada asuransi lain yang juga menjamin kerugian ini?
Is there any others insurance that also cover this loss?

- ☐ Ya /Yes
 ☐ Tidak /No

Jika ya, mohon sebutkan perusahaan asuransi tersebut dan lampirkan salinan polis

If yes, please specify the name of the insurance company and attach a copy of the policy

Nama Dokter

Doctor's Name

Nama Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Healthcare Facility's Name

Alamat Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Healthcare Facility's Address

No. Telp Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Healthcare Facility's Telp No.

D. DETAIL PEMBAYARAN CLAIM / CLAIM PAYMENT DETAIL

Nama Pemilik Rekening

Account Name

Nomor Rekening

Account No.

Nama Bank

Bank

Cabang Bank

Bank Branch

Mohon diisi jika pemilik rekening bukan Tertanggung / Please fill in this section if the account owner is not the Insured

Hubungan dengan Tertanggung

Relationship with the Insured

☐

Pemegang Polis

Policyholder

☐

Penerima Manfaat

Beneficiary

☐

Lainnya

Others

Alamat

Address

Kode pos

Postal Code

No. Telepon/HP

Phone Number

Saya/Kami menyatakan bahwa:

- Seluruh keterangan, data, dan informasi pribadi yang disampaikan dan diungkapkan saat ini dan/atau di kemudian hari, termasuk yang disampaikan pada saat pengajuan permohonan asuransi ("Data") kepada PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk ("Perusahaan"), adalah benar dan lengkap.
- Apabila Data yang diberikan terbukti tidak benar, tidak lengkap, atau terdapat unsur pemalsuan, maka klaim menjadi batal dan akan mengakibatkan ditolaknya klaim yang diajukan. Semua hak untuk mendapatkan ganti rugi berdasarkan Polis akan hilang, dan Saya bersedia untuk mengembalikan pembayaran klaim yang telah diterima, jika ada, kepada Perusahaan.
- Memberikan kuasa penuh kepada Perusahaan atau wakilnya yang berwenang untuk memperoleh Data dari dokter, fasilitas pelayanan kesehatan, perusahaan asuransi lain, dan pihak lainnya yang mempunyai Data tersebut.
- Menyetujui Perusahaan, afiliasi dan pihak lain yang berkepentingan untuk menggunakan dan memproses data pribadi saya saat ini dan di masa depan, termasuk mengizinkan Perusahaan untuk memperoleh, mengumpulkan, menggunakan, memberikan, membagikan, mengalihkan, mengolah, menganalisis, menyimpan, menampilkan, memperbaiki, menghapus atau memusnahkan, dan/atau mengirimkan ("Pemrosesan") Data sesuai dengan hukum yang berlaku untuk tujuan penanganan klaim, pemrosesan atau analisa data klaim, survey kepuasan dan peningkatan layanan.
- Menyetujui jika klaim yang diajukan melebihi batas manfaat dalam polis, Perusahaan hanya akan membayar klaim sesuai dengan batas yang tercantum dalam polis.
- Jika ada perbedaan penafsiran antara versi Bahasa Indonesia dan Bahasa Inggris, maka yang berlaku adalah versi Bahasa Indonesia
- Ditandatangani untuk dan atas nama Tertanggung

PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk ("Perusahaan") berkomitmen untuk menjaga dan tidak pernah membagikan data Nasabah/Penerima Manfaat kepada pihak lain tanpa izin Nasabah/Penerima Manfaat.

I/We declare that:

- All the information, data, and personal details provided to PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk ("the Company") now and/or in the future, including those submitted during the insurance application process ("Data") are true and complete.
- If the Data provided is found to be false, incomplete, or contains elements of fraud, the claim shall be void and will result in the rejection of the submitted claim. All rights to compensation under the Policy will be lost, and I agree to return any claim payments already received, if any, to the Company.
- I give full authority to the Company or its authorised representatives to obtain Data from doctors, healthcare facilities, other insurance companies, and other parties holding such Data.
- I agree that the Company, its affiliates, and other interested parties may use and process my personal data now and in the future. This includes allowing the Company to obtain, collect, use, provide, share, transfer, process, analyse, store, display, update, delete or destroy, and/or transmit ("Processing") the Data in accordance with applicable laws for the purposes of handling claims, processing or analysing claim data, conducting satisfaction surveys, and improving services.
- I agree that if the claim submitted exceeds the benefit limit in the policy, the Company will only pay claims up to the limit specified in the policy.
- If there is any difference in interpretation between the Indonesian and English versions, the Indonesian version shall prevail.
- Signed for and on behalf of the Insured.

PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk ("Company") is committed to protecting your data. We will never share your information with anyone else without your permission.

Ditandatangani Untuk & Atas Nama Tertanggung

Signature & On Behalf of the Insured

Kota

City

Tanggal

Date

Nama Lengkap

Full Name