

ASURANSI HOSPITAL CASH PLAN 5 DISEASES (HCP 5D)

Formulir Klaim / Claim Form



- Mohon mengisi dengan menggunakan pulpen warna hitam, huruf cetak dan tulisan tidak keluar dari kotak dan jelas
Please fill in using a black pen, the printed letters and writing do not come out of the box and are clear
- Mohon tidak menandatangani Formulir ini dalam keadaan kosong dan pastikan semua pertanyaan telah diisi dengan lengkap dan benar sebelum menandatangani
Please do not sign this form blank and make sure all questions have been filled out completely and correctly before signing it
- Jika terjadi salah penulisan, jangan dihapus tetapi dicoret dan dibubuhkan tanda tangan Tertanggung atau Ahli Waris di sebelahnya sesuai dengan kartu identitas diri (KTP/SIM/Paspor) yang masih berlaku
If there is a typo, do not delete it but strike it out and put the signature of the Insured or the Heirs next to it in accordance with a valid identity card (KTP/SIM/Passport)

Persyaratan dokumen pengajuan klaim / Claim submission document requirements

Dokumen klaim yang harus dilengkapi / Claim documents that must be completed

- Formulir klaim Hospital Cash Plan 5 Diseases yang telah diisi lengkap
Completely filled out Hospital Cash Plan 5 Diseases claim form
- Salinan kartu identitas diri Tertanggung (KTP / SIM / Paspor) atau Kartu Keluarga jika Tertanggung masih di bawah umur; dan Photocopy Identity card of the Insured (KTP / SIM / Paspor) or Family Card for under age Insured; and
- Salinan legalisir resume medis dilengkapi dengan keterangan lama rawat inap
A legalized copy of the medical resume accompanied by a description of the length of hospitalization
- Salinan hasil pemeriksaan laboratorium
Copies of laboratory test results
- Dokumen tambahan lainnya yang relevan, jika dibutuhkan
Other relevant additional documents, if required

Dokumen klaim tambahan yang harus dilengkapi jika tertanggung meninggal di rumah sakit karena penyakit yang dijamin Additional claim documents that must be completed if the insured dies in hospital due to a covered disease

- Salinan kartu identitas diri Ahli Waris (KTP / SIM / Paspor)
Photocopy the Heirs' identity card (KTP / SIM / Passport)
- Salinan Kartu Keluarga
Photocopy of Family Card
- Surat Keterangan Kematian dari Rumah Sakit/Instansi terkait
Death Certificate from the Hospital/Relevant Agency

Data Peserta/Participant data

No. Polis

Policy No.

Nama Lengkap Pasien (Peserta)

Full Name of Patient (Participant)

Alamat (jika berbeda dengan identitas)

Address (if different from ID)

Kode Pos

Postal Code

No Telp / HP

Telephone / Handphone No.

Email

Email

Kejadian/Incident

Tanggal Perawatan

Treatment Date

sampai dengan

until

(dd/mm/yyyy)

Lama Rawat Inap

Length of Hospitalization

hari

days

Lama Rawat Inap (ICU)

Length of Hospitalization (ICU)

hari

days

Alasan Rawat Inap

Reason for Hospitalization

DBD

DHF

Tipes / Demam Tifoid

Typhoid Fever

Pneumonia

Pneumonia

Meningitis

Meningitis

Difteri

Diphtheria

Nama Rumah Sakit

Hospital Name

Transfer klaim ke

Nama Rekening

Account name

Bank

Bank

No. Rekening

*Account No.***PERNYATAAN TERTANGGUNG / INSURED DECLARATION**

Peserta (selanjutnya disebut "Saya") menyatakan bahwa :

1. Semua keterangan yang diberikan didalam Formulir ini dibuat dengan sebenar-benarnya, dan digunakan sebagai dasar pengajuan klaim
2. Akibat hukum dan/atau kerugian yang timbul karena ditandatanganinya Formulir ini dalam keadaan kosong atau belum terisi lengkap menjadi tanggung jawab Saya

The Participant (hereinafter referred to as "I") declares that:

1. *All information provided in this form is made truthfully, and is used as the basis for submitting a claim*
2. *The legal consequences and/or losses arising from the signing of this form in a blank or incomplete state are my responsibility*

Dengan ini saya memberi kuasa penuh pada Penanggung untuk memperoleh informasi dari setiap Dokter, Fasilitas Pelayanan Kesehatan, Perusahaan Asuransi, Organisasi, Instansi atau individu lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan dan kesehatan Saya/Tertanggung untuk memberitahukannya kepada Penanggung atau wakilnya yang berwenang.

I'm fully authorizing the Insurer to obtain the confidential report of my health condition from the, Doctor(s), Healthcare Facility (ies), Other Insurance Company (ies) or other organization or institution or any individual that has any records or relevant knowledge or information pertaining to my/the Insured's condition which acquired by the Insured or their authorized representatives.

Saya mengizinkan Penanggung untuk menggunakan atau memberikan informasi tentang Saya/Tertanggung yang tersedia, diperoleh, atau disimpan oleh Penanggung, kepada pihak – pihak lain yang memiliki hubungan kerja sama dengan penanggung dalam kaitan dengan klaim ini.

I allow the Insurer to use or provide information about me/Insured that is available, obtained, or stored by the Insurer, to other parties who have a cooperative relationship with the Insurer in connection with this claim.

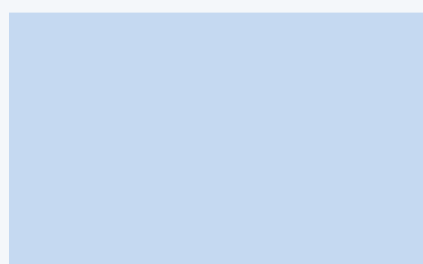
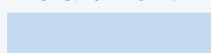
Saya menyatakan membebaskan **PT ZURICH ASURANSI INDONESIA Tbk** dari kewajiban pembayaran klaim lain, tanggung jawab hukum, dan tuntutan dalam bentuk apapun juga dari pihak Ketiga untuk sebab yang sama seperti yang terdapat dalam ruang lingkup pertanggungan Polis.

*I declare to release **PT ZURICH ASURANSI INDONESIA Tbk** from the obligation to pay other claims, legal responsibilities, and demands of any kind from third parties for the same reasons as those contained in the scope of coverage of the Policy.*

Jika di kemudian hari ternyata dapat dibuktikan terdapat kesalahan dan/atau pernyataan yang Saya berikan tidak benar, maka saya bersedia secara sukarela untuk mengembalikan pembayaran klaim yang telah Saya terima seketika pada saat itu juga kepada **PT ZURICH ASURANSI INDONESIA Tbk**.

*If in the future it can be proven that there is an error and/or the statement that I have provided is not true, then I am willing to voluntarily return the claim payment that I have received immediately at that time to **PT ZURICH ASURANSI INDONESIA TBK**.*

Ditandatangani Untuk & Atas Nama Tertanggung/*Signature & On Behalf of the Insured*

Tanggal/*Date*Bulan/*Month*Tahun/*Year*Nama Lengkap / *Full Name*