

# ASURANSI MIKRO HOSPITAL CASH PLAN 5 DISEASES (HCP 5D)

Formulir Klaim / Claim Form



## A. DETAIL TERTANGGUNG / INSURED'S DETAIL

Nama Tertanggung <i>Insured's Name</i>	<input type="text"/>
No. Polis <i>Policy No.</i>	<input type="text"/>
Alamat <i>Address</i>	<input type="text"/>
	<input type="text"/> Kode Pos <i>Postal Code</i>
No Telp / HP <i>Telephone / Handphone No.</i>	<input type="text"/>
Email <i>Email</i>	<input type="text"/>

## B. DETAIL PENGAJU KLAIM / CLAIMANT'S DETAIL

Tidak perlu mengisi bagian ini bila pengaju klaim adalah Tertanggung / *No need to fill in this section if claimant is the Insured*

Nama Ahli Waris <i>Beneficiary Name</i>	<input type="text"/>	Hubungan <i>Relationship</i>	<input type="text"/>
No Telp / HP Ahli Waris <i>Telephone / Handphone No. of the beneficiary</i>	<input type="text"/>		

Ahli waris 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

Jenis Klaim <i>Type of Claim</i>	<input type="checkbox"/> Demam Berdarah / Demam Berdarah Dengue <i>Dengue Fever / Dengue Hemorrhagic Fever</i>	<input type="checkbox"/> Tipes / Demam Tifoid <i>Typhoid Fever</i>	
	<input type="checkbox"/> Pneumonia <i>Pneumonia</i>	<input type="checkbox"/> Meningitis <i>Meningitis</i>	<input type="checkbox"/> Difteri <i>Diphtheria</i>
<small>*Mohon pilih salah satu / <i>Please select one</i></small>			
Tanggal Diagnosa <i>Date of Diagnosis</i>	<input type="text"/>		
No. Registrasi Pasien <i>Patient Registration No</i>	<input type="text"/>		
Nama Fasilitas Pelayanan Kesehatan <i>Healthcare Facility's Name</i>	<input type="text"/>		
Alamat Fasilitas Pelayanan Kesehatan <i>Healthcare Facility's Address</i>	<input type="text"/>		
No. Telp Fasilitas Pelayanan Kesehatan <i>Healthcare Facility's Telp No.</i>	<input type="text"/>		
Tanggal Rawat Inap (Tanggal / Bulan / Tahun) <i>Hospitalization Date (Date / Month / Year)</i>	<input type="text"/>	sampai dengan <i>until</i>	<input type="text"/>

## D. DOKUMEN KLAIM / CLAIM DOCUMENT

- 1 Salinan kartu identitas diri (KTP / SIM / Paspor) Tertanggung atau Kartu Keluarga jika Tertanggung masih di bawah umur; dan  
*Photocopy Identity card (KTP / SIM / Paspor) of the Insured or Kartu Keluarga for under age Insured; and*
- 2 Asli / salinan hasil pemeriksaan diagnosa oleh Dokter yang didukung dengan hasil pemeriksaan laboratorium di Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang diatur sesuai ketentuan Polis; dan  
*Original / Photocopy result of medical examinations by the Doctor supported with laboratory test results in the Healthcare Facility as stated in the policy terms; and*
- 3 Asli / salinan surat keterangan tertulis dari Dokter yang menyarankan Tertanggung untuk Rawat Inap; dan  
*Original / Photocopy written evidence from the Doctor that recommend You to hospitalized; and*
- 4 Asli atau salinan kwitansi bukti Rawat Inap Tertanggung di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.  
*Original / Photocopy proof of payment for hospitalized in the Healthcare Facility.*

## E. INFORMASI PEMBAYARAN KLAIM / CLAIM PAYMENT INFORMATION

Nama Bank <i>Bank's Name</i>	<input type="text"/>
Nama Cabang Bank <i>Name of Bank Branch</i>	<input type="text"/>
No. Rekening <i>Account No.</i>	<input type="text"/>
Atas Nama <i>Owner</i>	<input type="text"/>

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

Alamat

Address

Kode Pos

Postal Code

No Telp / HP

Telephone / Handphone No.

## PERNYATAAN / DECLARATION

Saya menyatakan bahwa sepengetahuan saya semua keterangan yang saya berikan dalam formulir klaim ini dan semua lampirannya adalah benar dan sejujurnya. Selanjutnya saya setuju bahwa jika saya membuat atau dalam pernyataan selanjutnya sehubungan dengan klaim tersebut terdapat unsur pemalsuan atau penipuan atau mendiamkan, menyembunyikan atau memberikan pernyataan yang salah mengenai materi fakta dengan cara apapun, maka polis menjadi batal, dan semua hak untuk mendapatkan ganti rugi berdasarkan polis ini untuk klaim yang lalu maupun yang akan datang akan hilang.

*I declare that all foregoing information given by me in this claim form and all its attachments are true and correct to the best of my knowledge. I further agree that if I have made or in any further declaration in respect of the said claim shall make any false or fraudulent statement or suppress, conceal or falsely state any material fact whatsoever, the policy shall be void, and all rights to recover hereunder in respect of past or future claim shall be forfeited.*

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