

Formulir Klaim Asuransi

- Mohon mengisi dengan menggunakan pulpen warna hitam, huruf cetak dan tulisan tidak keluar dari kotak dan jelas
- Mohon tidak menandatangani Formulir ini dalam keadaan kosong dan pastikan semua pertanyaan telah diisi dengan lengkap dan benar sebelum menandatangani
- Jika terjadi salah penulisan, jangan dihapus tetapi dicoret dan bubuhkan tanda tangan Tertanggung atau Ahli Waris di sebelahnya sesuai dengan dengan kartu identitas diri (KTP/SIM/Paspor) yang masih berlaku

Persyaratan dokumen pengajuan klaim

Dokumen klaim yang harus dilengkapi :

- Formulir klaim Hospital Cash Plan 5 Disease yang telah diisi lengkap
- Fotokopi identitas diri Tertanggung (KTP/ SIM/ Paspor) yang masih berlaku atau Fotokopi Kartu Keluarga apabila Tertanggung dibawah 17 (tujuh belas) tahun
- Fotokopi legalisir resume medis dilengkapi dengan keterangan lama rawat inap
- Fotokopi hasil pemeriksaan laboratorium
- Dokumen tambahan lainnya yang relevan, jika diperlukan

Dokumen klaim tambahan yang harus dilengkapi jika Tertanggung meninggal di rumah sakit karena penyakit yang dijamin:

- Fotokopi identitas diri Ahli Waris (KTP/ SIM/ Paspor) yang masih berlaku
- Fotokopi Kartu Keluarga
- Surat Keterangan Kematian dari Rumah Sakit/instansi Pemerintah terkait

Data peserta

No. Polis :

Nama Lengkap Pasien (Peserta) :

Alamat (Jika berbeda dengan identitas) :

No. Telp/HP :

Email :

Kejadian

Tanggal Perawatan : / / s.d / / (tgl/bln/tahun)

Lama Rawat Inap : hari

Lama Rawat Inap (ICU) : hari

Alasan Rawat Inap : DBD Tipus Pneumonia Meningitis Difteri

Nama Rumah Sakit :

Transfer klaim ke :

Nama Rekening :

Bank :

No. Rekening :

Pernyataan tertanggung

Peserta (selanjutnya disebut "Saya") menyatakan bahwa :

1. Semua keterangan yang diberikan di dalam 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.

Tempat :

Tanggal : / /

d d m m y y y y

Tanda Tangan & Nama Lengkap Peserta
(sesuai dengan kartu identitas yang berlaku)

Nama Jelas

PT Asuransi Adira Dinamika adalah perusahaan asuransi umum yang terdaftar dan diawasi OJK.