

## 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 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 dan hasil pemeriksaan laboratorium (jika ada)
- Fotokopi legalisir perincian biaya di Rumah Sakit
- Dokumen tambahan lainnya yang relevan jika diperlukan

#### Dokumen klaim tambahan yang harus dilengkapi jika Tertanggung meninggal dunia dan memiliki manfaat santunan duka

- Fotokopi identitas diri Ahli Waris (KTP/ SIM/ Paspor) yang masih berlaku
- Fotokopi Kartu Keluarga
- Fotokopi 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

Apakah ada Tindakan Pembedahan :  Ya  Tidak

Alasan Rawat Inap :  Penyakit  Kecelakaan

Nama Rumah Sakit :

Konsultasi sebelum/sesudah rawat inap :  Ya  Tidak

### 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.