

FORMULIR KLAIM ASURANSI HOSPITAL CASH PLAN (EB)

- 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)

PERSYARATAN DOKUMEN PENGAJUAN KLAIM

- Formulir klaim asuransi Hospital Cash Plan yang telah diisi dengan lengkap dan benar;
- Fotokopi resume medis rawat inap (pastikan resume medis memuat informasi diagnosa dan lama rawat inap)
- Surat keterangan rumah sakit yang menginformasikan dirawat menggunakan BPJS
- Dokumen tambahan lainnya yang relevan, jika diperlukan.

Dokumen klaim tambahan yang harus dilengkapi jika tertanggung melakukan proses persalinan

- Surat keterangan lahir dari Rumah sakit

Dokumen klaim tambahan yang harus dilengkapi jika tertanggung meninggal dunia dan klaim ditransfer ke ahli waris

- 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 :

No. Peserta Asuransi :

Nama Lengkap Pasien (Peserta) :

Alamat (Jika berbeda dengan identitas) :

No. Telp/HP :

KEJADIAN

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

Lama Rawat Inap : hari

Lama Rawat Inap (ICU) : hari

Apakah ada tindakan pembedahan : Ya Tidak

Alasan Rawat Inap : Penyakit Kecelakaan Persalinan : Normal Sectio Caesaria

Nama Rumah Sakit :

Total Tagihan Dibayar BPJS :

TRANSFER KLAIM KE (JIKA PENGGANTIAN KLAIM DITRANSFER KE AHLI WARIS)

Nama di Rekening :

Bank :

Nomor 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.
3. Dengan pengajuan klaim santunan ini, maka saya tidak akan mengajukan klaim lagi atas dokumen klaim yang sama ke PT Asuransi Adira Dinamika.
4. Apabila dikemudian hari, klaim terbayarkan lebih dari 1 kali untuk dokumen pengajuan klaim yang sama, maka saya bersedia mengembalikan kelebihan klaim yang sudah dibayarkan

Tanda Tangan & Nama Lengkap Peserta/Ahli Waris

(sesuai kartu identitas yang berlaku)

Tempat :

Tanggal : / / (tgl/bln/thn)

Nama Jelas

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