

FORMULIR KLAIM RAWAT INAP, BEDAH, DAN PERSALINAN INPATIENT, SURGICAL, AND MATERNITY CLAIM FORM



BAGIAN 1. DIISI OLEH PESERTA ATAU PASIEN / PART 1. TO BE FILLED BY PATIENT OR MEMBER

DATA KARYAWAN / EMPLOYEE DATA

Nama Perusahaan / Name of Company

Nama Karyawan / Employee Name

Nama Lengkap Pasien / Patient Name

No Peserta Asuransi / NIP / Insurance Registration No / EIN

No Telepon / Phone No.

DATA PASIEN / PATIENT DATA

Nama / Name

Nomor Peserta / Registration Number

Tanggal Lahir / Date of Birth

Status Peserta / Relation

Karyawan
Him / Herself

Istri / Suami
Wife / Husband

Anak
Child

Jika ada polis asuransi lain yang menutup asuransi atas perawatan ini, harap berikan nama perusahaan asuransi, alamat, nomor teleponnya / If another insurance policy cover this case, please state the name of the company, address, and telephone number

Total Nilai Klaim / Total Claim Amount

PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk ("Perusahaan") berkomitmen untuk menjaga dan tidak pernah membagikan data Nasabah/Penerima Manfaat kepada pihak lain tanpa ijin Nasabah/Penerima Manfaat. Oleh karena itu, kami Perusahaan mengharapkan Anda untuk dapat membaca dengan seksama Pernyataan Nasabah/Penerima Manfaat di bawah ini.

PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk (the "Company") is committed to maintaining and never sharing Customer/Beneficiary data with other parties without the permission of the Customer/Beneficiary. Therefore, we the Company expects you to be able to read carefully the Customer/Beneficiary Statement below.

PERNYATAAN STATEMENT

- Saya/Kami, selaku Nasabah atau Penerima Manfaat, dengan ini menyatakan bahwa seluruh keterangan, data dan/atau informasi pribadi Saya/Kami, yang Saya/Kami berikan dan ungkapkan saat ini dan/atau di kemudian hari ("Data") kepada Perusahaan, adalah benar, sejurnya, dan lengkap.
I/We, as the Participant(s) or Beneficiary(ies), hereby declare that all My/Our personal descriptions, data and/or information, which I/We provide and disclose at the moment and/or in the future ("Data") to the Company, are true, truthful, and complete
- Saya/Kami dengan ini setuju apabila Data yang Saya/Kami berikan adalah tidak benar atau terdapat unsur pemalsuan atau penipuan, atau Saya/Kami mendiamkan, menyembunyikan, atau memberikan pernyataan yang salah mengenai materi fakta dengan cara apapun, maka klaim menjadi batal dan semua hak untuk mendapatkan ganti rugi berdasarkan Polis untuk klaim yang lalu maupun yang akan datang akan hilang. Saya/Kami bersedia secara sukarela untuk mengembalikan pembayaran klaim yang telah Saya/Kami terima, bila ada, kepada Perusahaan.
I/We hereby agree that if the Data that I/We provide is false or there is an element of falsification or fraud, or I/We restrained, concealed, or falsely state any material facts in any way, then the claim becomes void and all rights to obtain compensation under the Policy for past and future claims shall be forfeited. I/We hereby voluntarily shall refund any claim payment that I/We have received, if any, to the Company.
- Saya/Kami dengan ini memberi kuasa penuh kepada Perusahaan untuk memperoleh Data dari setiap dokter, fasilitas pelayanan kesehatan, rumah sakit, klinik, puskesmas, perusahaan asuransi lain, organisasi, instansi, broker, agen, individu, dan/atau pihak lainnya ("Pihak Lain") yang mempunyai keterangan, catatan, atau mengetahui keadaan kesehatan atau kondisi Saya/Kami untuk memberitahukannya kepada Perusahaan atau wakilnya yang berwenang.
I/We hereby authorize the Company to obtain Data from any doctor, health service facility, hospital, clinic, public health facility (puskesmas), other insurance companies, organization, institution, broker, agent, individual, and/or other party ("Other Party") who has the information, records, or knowledge of the state of My/Our health or condition to disclose it to the Company or its authorized representative.
- Saya/Kami dengan ini setuju dan mengizinkan Perusahaan untuk memperoleh, mengumpulkan, menggunakan, memberikan, membagikan, mengalihkan, mengolah, menganalisis, menyimpan, menampilkkan, memperbarui, menghapus, memusnahkan, dan/atau mengirimkan ("Pemrosesan") Data sehubungan dengan Data yang diterima dari Pihak Lain dan berwenang untuk selanjutnya meneruskannya kepada dan/atau melakukan Pemrosesan Data dengan melibatkan afiliasi Perusahaan, mitra kerja sama ko-asuransi, reasuransi Perusahaan, dan/atau pihak penerima data lainnya ("Penerima Data"), jika diperlukan, dalam rangka pelaksanaan penanganan klaim dan pemrosesan atau analisa data klaim.
I/We hereby agree and authorize the Company to obtain, collect, use, provide, share, transfer, process, analyse, store, display, update, delete, destroy and/or transmit ("Processing") the Data in connection with the Data received from Other Parties and are authorized to subsequently forward it to and/or carry out Data Processing by involving Company affiliates, co-insurance cooperation partners, reinsurance of the Company, and/or other data recipients ("Data Recipients"), if necessary, in carrying out claims handling and processing or analysing claim data.
- Saya/Kami dengan ini setuju jika klaim yang Saya/Kami ajukan melebihi batas manfaat dalam polis yang Saya/Kami miliki, Perusahaan hanya akan membayar manfaat klaim setingga-tingginya sesuai batas manfaat yang tertera dalam Polis.
I/We hereby agree that if the claim that I/We submit exceeds the benefit limit of the respective Policy, the Company will only pay the maximum benefit limit according to the benefit limit stated in the Policy.
- Saya/Kami memahami bahwa Perusahaan akan menerapkan perlindungan terhadap Data Saya/Kami sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku dan tidak akan menggunakan Data selain penggunaan yang dimaksud dalam point 4 di atas.
I/We understand that the Company will implement protection to My/Our Data in accordance with applicable laws and regulations and will not use the Data other than for the purpose referred to in point 4 above.
- Saya/Kami, dalam segala hal, akan mematuhi peraturan perundang-undangan yang berlaku khususnya peraturan perundang-undangan di bidang jasa keuangan.
I/We, in all respects, shall comply with the applicable laws and regulations, especially laws and regulations of financial services.
- Saya/Kami dengan ini membebaskan Perusahaan dari setiap tuntutan, gugatan, permohonan, dan/atau klaim ganti rugi yang timbul akibat, tanpa perlu dibuktikan, (i) kesalahan/kelalaian dari Saya/Kami, dan/atau (ii) kelalaian pihak ketiga yang tidak berwenang dalam Pemrosesan Data.
I/We hereby release the Company from any claims, suits, applications, and/or claims for compensation that arises from, without the need to be proven, (i) My/Our mistake/negligence, and/or (ii) the negligence of unauthorized third parties in Processing the Data.
- Saya/Kami dengan ini membebaskan Perusahaan dari kewajiban pembayaran klaim lain, tanggung jawab hukum, dan tuntutan dalam bentuk apapun juga dari pihak ketiga untuk sebab dan permohonan klaim untuk ruang lingkup pertanggungan yang sama dalam Polis.
I/We hereby release the Company from the obligation to pay other claims, legal liabilities, and claims of any form from third parties for causes and claim applications for the same scope of coverage in the Policy.
- Dalam hal terdapat perbedaan penafsiran antara versi Bahasa Indonesia dan Bahasa Inggris, maka versi Bahasa Indonesia akan berlaku.
In the event of a discrepancy in the interpretation between the Bahasa and English version, the Bahasa version shall prevail.

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

Tanggal/Date

Bulan/Month

Tahun/Year

Nama Lengkap / Full Name

BAGIAN 2. DIISI OLEH DOKTER YANG MEMERIKSA / PART 2. TO BE FILLED BY CONSULTING PHYSICIAN

Nomor Rekam Medik / Medical Record Number

Tanggal Mulai Dirawat / Begin Date

Tanggal Pasien Keluar Perawatan / Discharge Date

Keluhan Utama / Primary Symptoms

Keluhan Tambahan / Other Symptoms

Sudah berapa lama keluhan tersebut dirasakan oleh pasien? / How long has the patient suffered from the symptoms?

Indikasi Rawat Inap / Indication for Hospitalization

Tujuan Perawatan / Purpose of Hospitalization

Pemeriksaan Fisik / Physical Examination

Diagnosa / Diagnosis

Untuk pasien pernah mendapatkan perawatan sebelumnya untuk keadaan/penyakit ini? Mohon dijelaskan / Has the patient ever been treated

Bila pasien rujukan, Mohon sebutkan nama dokter dan Instansi kesehatan yang merujuk / For a referred patient, please state the name of doctor and

Tindakan atau Operasi selama perawatan / Procedures or Surgery during treatment

Alasan memilih Jenis tindakan di atas / Reason to choose the above procedures

Apakah penyakit/kondisi diatas disebabkan/berhubungan dengan / Are the above illness / condition caused by or related to

Observasi
Observation

Diagnostik
Diagnostic

Terapi
Therapeutic

Kelainan Bawaan (Congenital Anomaly)

Kesuburan (Fertility)

Mental Disorder (Mental Disorder)

Gangguan Hormonal (Hormonal Imbalance)

Kecelakaan (Accident)

Kosmetik / Estetika (Cosmetics or Aesthetics)

Kehamilan (Pregnancy), Tanggal HPTHT (The first date of last period) _____

Jika Ya harap jelaskan / If Yes please explain

Bila perawatan dikarenakan kecelakaan, mohon cantumkan / If the treatment is due to accident please state :

Tanggal Kecelakaan / Date of accident

Penyebab Kecelakaan / Cause of accident

Prognosis / Prognose

Pasien pulang dalam keadaan / Patient's condition when discharged

Sembuh / Recovery

Meninggal / Dead

Lainnya / Others : _____

Saya menyatakan bahwa seluruh informasi diatas adalah benar menurut pengetahuan dan keyakinan saya,
I Declare that the information above is true and complete to the best of my knowledge and belief.

Tempat & Tanggal:

Place & Date

Stempel, Nama, Tanda Tangan, Alamat Dokter & No. SIP
Stamp, Name, Signature of Physician & SIP Number