

FORMULIR KLAIM ASURANSI HOSPITAL CASH PLAN (EB) HOSPITAL CASH PLAN INSURANCE CLAIM FORM (EB)

- Mohon mengisi dengan menggunakan pulpen warna hitam, huruf cetak dan tulisan tidak keluar dari kotak dan jelas
Please fill in using a black pen, the printed letters and writing do not come out of the box and are clear
- Mohon tidak menandatangani Formulir ini dalam keadaan kosong dan pastikan semua pertanyaan telah diisi dengan lengkap dan benar sebelum menandatangani
Please do not sign this form blank and make sure all questions have been filled out completely and correctly before signing it
- Jika terjadi salah penulisan, jangan dihapus tetapi dicoret dan bubuhkan tanda tangan Tertanggung atau Ahli Waris di sebelahnya sesuai dengan kartu identitas diri (KTP/SIM/Paspor) yang masih berlaku
If there is a typo, do not delete it but strike it out and put the signature of the Insured or the heir next to it in accordance with a valid identity card (KTP/SIM/Passport).

PERSYARATAN DOKUMEN PENGAJUAN KLAIM / REQUIREMENTS OF CLAIM SUBMISSION DOCUMENTS

- Formulir klaim asuransi Hospital Cash Plan yang telah diisi dengan lengkap dan benar;
Hospital Cash Plan insurance claim form that has been filled out completely and correctly;
- Fotokopi resume medis rawat inap (pastikan resume medis memuat informasi diagnosa dan lama rawat inap)
Photocopy of inpatient medical resume (make sure the medical resume contains diagnostic information and length of stay)
- Surat keterangan rumah sakit yang menginformasikan dirawat menggunakan BPJS
Hospital certificate informing you are being treated using BPJS
- Dokumen tambahan lainnya yang relevan, jika diperlukan.
Other relevant additional documents, if required.

Dokumen klaim tambahan yang harus dilengkapi jika tertanggung melakukan proses persalinan

Additional claim documents that must be completed if the insured goes into labor

- Surat keterangan lahir dari Rumah sakit
Birth certificate from hospital

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

Additional claim documents that must be completed if the insured dies and the claim is transferred to the heirs

- Fotokopi identitas diri Ahli Waris (KTP/ SIM/ Paspor) yang masih berlaku;
Photocopy of the identity of the heirs (KTP/ SIM/ Passport) which is still valid;
- Fotokopi Kartu Keluarga;
Photocopy of Family Card;
- Fotokopi Surat Keterangan Kematian dari Rumah Sakit/Instansi Pemerintah Terkait
Photocopy of Death Certificate from Relevant Hospital/Government Agencies

DATA PESERTA / PARTICIPANT DATA

No. Polis <i>Policy No.</i>	:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
No. Peserta Asuransi <i>Insurance Registration Number</i>	:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Nama Lengkap Pasien (Peserta) <i>Patient Name</i>	:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Alamat (Jika berbeda dengan identitas) <i>Address (If different from ID)</i>	:	<input style="width: 100%;" type="text"/> <input style="width: 100%;" type="text"/>
No. Telp/HP <i>Phone No. /HP</i>	:	<input style="width: 100%;" type="text"/>

KEJADIAN / INCIDENT

Tanggal Perawatan <i>Treatment Date</i>	:	<input style="width: 100%;" type="text"/> / <input style="width: 100%;" type="text"/> / <input style="width: 100%;" type="text"/>	s.d	:	<input style="width: 100%;" type="text"/> / <input style="width: 100%;" type="text"/> / <input style="width: 100%;" type="text"/>	<i>(dd/mm/yyyy)</i>
Lama Rawat Inap <i>Length of Hospitalization</i>	:	<input style="width: 100%;" type="text"/> hari/days				
Lama Rawat Inap (ICU) <i>Length of Hospitalization (ICU)</i>	:	<input style="width: 100%;" type="text"/> hari/days				
Apakah ada tindakan pembedahan? <i>Is there any surgery?</i>	:	<input type="checkbox"/> Ya/Yes	<input type="checkbox"/> Tidak/No			
Alasan Rawat Inap <i>Reason for Hospitalization</i>	:	<input type="checkbox"/> Penyakit <i>Disease</i>	<input type="checkbox"/> Kecelakaan <i>Accident</i>	<input type="checkbox"/> Persalinan <i>Labor</i>	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Sectio Caesaria
Nama Rumah Sakit <i>Hospital Name</i>	:	<input style="width: 100%;" type="text"/> <input style="width: 100%;" type="text"/>				
Total Tagihan Dibayar BPJS <i>Total Bills Paid BPJS</i>	:	<input style="width: 100%;" type="text"/>				

TRANSFER KLAIM KE (JIKA PENGGANTIAN KLAIM DITRANSFER KE AHLI WARIS)
TRANSFER OF THE CLAIM TO (IF THE REPLACEMENT OF THE CLAIM IS TRANSFERRED TO THE HEIR)

Nama di Rekening <i>Name on Account</i>	:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Bank <i>Bank</i>	:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Nomor Rekening <i>Account Number</i>	:	<input style="width: 100%;" type="text"/>

PERNYATAAN TERTANGGUNG / INSURED STATEMENT

Peserta (selanjutnya disebut "Saya") menyatakan bahwa :

The Participant (hereinafter referred to as "I") declares that :

1. Semua keterangan yang diberikan di dalam Formulir ini dibuat dengan sebenar-benarnya, dan digunakan sebagai dasar pengajuan klaim.
All information provided in this form is made truthfully, and is used as the basis for submitting claims.
2. Akibat hukum dan/atau kerugian yang timbul karena ditandatanganinya Formulir ini dalam keadaan kosong atau belum terisi lengkap menjadi tanggung jawab saya.
The legal consequences and/or losses arising from the signing of this form in a blank or incomplete state shall be my responsibility.
3. Dengan pengajuan klaim santunan ini, maka saya tidak akan mengajukan klaim lagi atas dokumen klaim yang sama ke PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk.
By submitting this claim for compensation, I will not submit another claim for the same claim document to PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk.
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.

If in the future, the claim is paid more than once for the same claim submission document, then I am willing to return the excess claim that has been paid.

Tanda Tangan & Nama Lengkap Peserta/Ahli Waris
Signature & Full Name of Participant/Heirs

(sesuai kartu identitas yang berlaku)
(according to valid ID card)

Tempat/
Place :

Tanggal
Date : / / (dd/mm/yyyy)

Nama Jelas/*Name*

PT Zurich Asuransi Indoensia Tbk
Gedung Graha Zurich
JL. MT Haryono Kav. 42, Jakarta 12780
Zurich Care : 1500 456
www.zurich.co.id