

Form Klaim Santunan Duka Death Benefit Claim Form



Asuransi Kumpulan Group Medical Insurance

Nama Perusahaan / Name of Company : _____
Nama Karyawan / Employee Name : _____
Nama Peserta / Member Name : _____
No Peserta Asuransi / Insurance Registration No / EIN : _____
Alamat / Address : _____
Tanggal Kejadian / Date of Happening : _____
Tempat Kejadian / Place of Happening : _____
Kronologis Kejadian / Chronology of Death : _____

Status Peserta / Relation : Karyawan Istri / Suami Anak
Him / Herself Wife / Husband Child
Jenis Pengajuan / Type of Claim : Klaim Baru Pemenuhan kelengkapan klaim sebelumnya
New Claim Fulfillment of incomplete previous claim

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan benar. Dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, perusahaan asuransi dan badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan kesehatan saya untuk memberitahukan kepada PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan saya. Copy dari pernyataan ini sama kuat dan sahnyanya seperti aslinya.

I hereby declared that I have read, understood and answered any the above question completely and correctly. I also hereby authorized any physician, clinic, hospital, public health center, insurance company and any legal institution, personal or otherwise that have any records or information on my health condition to inform PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk or its authorized party accordingly. A copy of this statement should be regarded as valid and legal as the original.

Stempel, Tanda Tangan & Nama Jelas
Company's Chop, Signature & Name of Authorized Signatory

Catatan: Tolong lampirkan di dalam dokumen
Note: Please submit full document

1. Form duka lengkap
Complete form of death
2. Kartu asli peserta asuransi
Original member card
3. Fotocopy KTP peserta
Copy of identity card of deceased
4. Fotocopy KTP pengaju klaim
Copy of claimant's identity card
5. Fotocopy kartu keluarga (hubungan pengaju klaim)
Copy of claimant's family card
6. Surat keterangan meninggal dunia dari instansi yang berwenang (asli/legalisir)
Data report from the government authority (original/legalized)
7. Surat keterangan dari dokter yang menyatakan penyebab kematian atau visum (Jika meninggal di tempat pelayanan kesehatan)
Medical report signed by the attadiy doctor or visum (If due to hospitalized)
8. Laporan/berita acara kepolisian (Jika kecelakaan)
Policy report (If due to accident)

PETUNJUK PENGAJUAN KLAIM / GUIDELINE OF CLAIM SUBMISSION

1. Formulir ini harus dilengkapi dan hanya berlaku untuk SATU orang pasien dan harus diisi dengan lengkap dan ditandatangani oleh peserta atau orang tua jika pasien adalah anak-anak.
This Form should be completed for the inpatient claims of ONE patient only and must be fully completed and must be fully completed and signed by the insured person or by his/her parents for minor patient
2. Formulir ini harus diisi dengan lengkap, benar dan jelas.
This form should be filled in correctly, completely and clearly.
3. Klaim baru dapat diteliti dan diproses lebih lanjut hanya bila semua dokumen pendukung pengajuan klaim telah diisi, dilengkapi, dan dilampirkan. Dokumen pendukung pengajuan klaim meliputi : pengajuan klaim meliputi : Surat Jaminan, Formulir Klaim, Kwitansi Asli beserta perinciannya di mana terdapat nama pasien, tanggal perawatan dan biaya perawatan, copy resep obat-obatan, hasil pemeriksaan penunjang diagnostic dan Histopatology.
The Claim can only be processed if all supporting documents have been filled in, completed and attached. The Supporting documents shall include ; Guarantee Letter, Claim Form, All Original Receipt, bearing the name of the patient, date of treatment and amount charged, detailed report of medical prescription, laboratory / radiology results and Histopathology Report.

PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk
Graha Zurich, Jalan MT Haryono Kav. 42, Jakarta 12780
For more information, please contact :
Zurich Care : 1500 456
WA : 0812 111 3456
www.zurich.co.id