

CLAIM FORM / FORMULIR KLAIM

Medi Cash

Hospital Cash Plan / Asuransi Rawat Inap



Insured's Detail / Detail Tertanggung

Insured's Name/Nama Tertanggung:

Policy No./No. Polis:

Address/Alamat:

Tel/Telp:

or

Occupation/Pekerjaan:

Email/Email:

Patient's Detail / Data Pasien

Patient's name>Nama Pasien

Age/Usia

Sex/Gender

Male/Pria

Occupation/Pekerjaan:

Wanita/Female

Claim Information / Informasi Klaim

1 Symptoms / Keluhan yang dirasakan

2 Date upon which symptoms first occurred _____ / _____ / _____ DD/MM/YR

Tanggal pertama kali gejala penyakit tersebut dirasakan : _____ (Tgl/Bln/Thn)

3 If the cause relates to an accident, state the date of the accident and give brief details & describe injuries received

Jika penyebab penyakit berhubungan dengan kecelakaan, mohon sebutkan tanggal terjadinya kecelakaan dan uraikan secara singkat kejadian & cedera badan yang diderita

4 Have you ever seen a Doctor for this or any similar condition in the past?

Apakah anda pernah melakukan konsultasi dengan dokter untuk penyakit yang sama atau serupa sebelumnya?

Yes - Consultation Date : ____/____/____
ya Tanggal Konsultasi

Name (s) & Address(es) of Doctor and/or Hospital
Nama dokter/ rumah sakit dan alamatnya

No
Tidak

5 Period of hospital confinement :

Periode perawatan di rumah sakit

Admission date: _____

(Tanggal masuk)

Discharge date: _____

(Tanggal keluar)

6 Name of hospital and address / Nama dan alamat Rumah Sakit :

7 Are you covered under any other policy? If so, state name of company and type of insurance

Apakah anda memiliki Polis Asuransi lain? Jika Ya, mohon sebutkan nama perusahaan asuransi yang bersangkutan dan jenis pertanggungannya

8 Who is Claimant's regular doctor, please give name(s), complete address(es) & telephone number(s) :

Sebutkan nama, alamat lengkap & nomor telepon dokter langganan anda

Method of Claim Payment / Cara Pembayaran Klaim

Policy Holder's Name/ Nama Pemegang Polis : _____
Policy No. / No. Polis : _____

Bank Transfer Information / Informasi Bank

Name of Bank-Branch / Nama Bank-Cabang : _____
Account No. / No. Rekening : _____
Care of / Atas Nama : _____

Declaration and Authorization Letter / Deklarasi & surat Kuasa

I/We declare that all foregoing information given by me/us in this claim form and all its attachments are true and correct to the best of my knowledge. I/We further agree that if I/We have made or in any further declaration in respect of the said claim shall make any false or fraudulent statement or suppress, conceal or falsely state any material fact whatsoever, the policy shall be void, and all rights to recover hereunder in respect of past or future claim shall be forfeited.

I'm / We're fully authorizing PT. Zurich Insurance Indonesia to obtain the confidential report of my health condition from the Hospital(s), Doctor(s), Other Insurance Company (ies) or other organization or institution or any individual that has any records or relevant knowledge or information pertaining to my/our condition which acquired by PT. Zurich Insurance Indonesia or their authorized representatives.

I/We hereby authorize the Insurer to use or provide my/our information provided, obtained, or stored by the Insurer, to other parties which have an agreement relationship with the Insurer in connection with my/our claims.

The copy of this authorization shall be considered as effective and legitimate as the original.

Saya/Kami menyatakan bahwa sepengetahuan saya/kami semua keterangan yang saya/kami berikan dalam formulir klaim ini dan semua lampirannya adalah benar dan sejujurnya. Selanjutnya saya/kami setuju bahwa jika saya/kami membuat atau dalam pernyataan selanjutnya sehubungan dengan klaim tersebut terdapat unsur pemalsuan atau penipuan atau mendiamkan, menyembunyikan atau memberikan pernyataan yang salah mengenai materi fakta dengan cara apapun, maka polis menjadi batal, dan semua hak untuk mendapatkan ganti rugi berdasarkan polis ini untuk klaim yang lalu maupun yang akan datang akan hilang.

Dengan ini saya/kami memberi kuasa penuh pada setiap Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Perusahaan Asuransi, Organisasi, Instansi atau individu lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan dan kesehatan Saya / Tertanggung untuk memberitahukan kepada PT Zurich Insurance Indonesia atau wakilnya yang berwenang.

Saya/Kami mengizinkan Penanggung untuk menggunakan atau memberikan informasi tentang saya/kami yang tersedia, diperoleh, atau disimpan oleh Penanggung, kepada pihak – pihak lain yang memiliki hubungan kerja sama dengan penanggung dalam kaitan dengan klaim saya/kami.

Fotokopi dari surat kuasa ini dianggap sah dan mempunyai kekuatan hukum yang sama dengan aslinya.

Date *Tanggal* Signature of the Patient / claimant *Tanda tangan Pasienn / yang mengajukan klaim* Signature of the Insured *Tanda tangan Tertanggung*

Stamp duty/materai
Rp. 6000

**PT Zurich Insurance Indonesia merupakan perusahaan asuransi umum yang terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan Indonesia.
PT Zurich Insurance Indonesia is a general insurance company registered and supervised by the Indonesia Financial Services Authority**

PT Zurich Insurance Indonesia , 5th B Floor, Plaza Sentral
Jl Jend. Sudirman Kav. 47, Jakarta 12930, Indonesia

Phone : +62 21 2939 1300
Fax : +62 21 255 43670

To be Fill in by Attending Physician's / Surat Keterangan Dokter

Patient's name : _____
Nama Pasien

Date of admission : _____
Tanggal Masuk

Medical Record No. : _____
No. Rekam Medis

Date of Discharge : _____
Tanggal keluar

Anamnesis / Anamnesa

- 1 Main Symptoms and/or other symptom / Keluhan utama atau tambahan

- 2 How long has the patient been suffering from that symptoms? / Sudah berapa lama keluhan tersebut dirasakan oleh pasien?

- 3 Has the patient been in the same condition before? If yes please state when
Pernahkan pasien mengalami kondisi yang sama sebelumnya? Jika Ya, mohon sebutkan kapan

- 4 Is there any disease(s) that related to the current condition? If yes please state the disease(s) and since when
Adakah penyakit lain yang berhubungan dengan kondisi sekarang? Jika Ya, mohon sebutkan dan sejak kapan

- 5 if caused by an accident, when did the accident take place (dd/mm/yyyy) _____
Apabila disebabkan oleh kecelakaan, kapankah terjadinya kecelakaan tersebut (tg/bln/thn)
- 6 Based on the Diagnosis, has the patient required inpatient treatment? If yes, for how long?
berdasarkan diagnosis, apakah pasien memerlukan rawat inap? Jika Ya untuk berapa lama

- 7 Indication of hospitalization
Indikasi Perawatan Rumah Sakit

Diagnose / Diagnosa

If Surgical Procedure was performed, please fill the following question

Bila ada tindakan pembedahan, Mohon lengkapi pertanyaan dibawah

- a Date Performed / tanggal pembedahan : _____
- b Category : Minor Intermediate Major
Kategori kecil Sedang Besar
- c Type of Operation / Surgical Procedure
Nama tindakan Operasi / Pembedahan

Physical Examination / Pemeriksaan Fisik

Other Examination / Pemeriksaan Penunjang

Therapy / Terapi

Medical Procedure / Tindakan

Is the diagnosis a result from the following conditions, please tick and specify

Apakah diagnosa penyakit berhubungan dengan hal dibawah, mohon beritanda jika Ya

- congenital disease / kelainan bawaan atau turunan
- Pregnancy or miscarriage and it's complication / kehamilan Keguguran dan atau komplikasinya
- Alcohol and or Drug Abuse / Penggunaan Alkohol dan penyalahgunaan Obat
- mental condition, Neurotic and or psychosomatic disorder, if yes, please state the attending psychiatrist, name, hospital / Kejiwaan, cemas dan/atau psikosomatik, jika Ya sebutkan Psikiater yang merawat

_____, ____ / ____ / _____ (Place / Date)
(tempat/ Tanggal)

(Name & signature of Physician with hospital/clinic's stamp)

Nama jelas & Tantangan Dokter, stempel Rumah sakit / Klinik