

PENGAJUAN KLAIM ASURANSI KESEHATAN

Isi lengkap dan beri tanda ✓ dalam kotak pilihan. Jika pengisian salah, harap dicoret dan ditandatangani (dilarang menggunakan tipe-x).
Data wajib diisi dengan benar dan lengkap. Mohon untuk TIDAK menandatangani pengajuan ini dalam keadaan kosong/belum diisi.

A. DATA POLIS

1. Nomor Polis : _____
2. Nama Pemegang Polis : _____
3. Nama Tertanggung : _____

B. ALAMAT KORESPONDENSI (WAJIB DIISI JIKA ADA PERUBAHAN)

☐ Perubahan alamat korespondensi sesuai identitas yang masih berlaku*)

Alamat Rumah : _____

RT/RW : _____ Provinsi : _____

Kelurahan : _____ Negara : _____

Kecamatan : _____ Kode Pos : _____

Kota : _____ Telepon : _____

Alamat Kantor : _____

RT/RW : _____ Provinsi : _____

Kelurahan : _____ Negara : _____

Kecamatan : _____ Kode Pos : _____

Kota : _____ Telepon : _____

Alamat Korespondensi : ☐ Rumah ☐ Kantor

(wajib diisi)

Handphone : _____

Email : _____

*Jika pada Pengajuan ini terdapat perbedaan alamat dengan yang ada pada kami, maka Pengajuan ini akan digunakan untuk proses Pengkinian Data dan dapat dipergunakan sebagai media komunikasi terkait Polis.

C. JENIS MANFAAT PERTANGGUNGAN

- ☐ Kesehatan (*Health*) ☐ Perawatan Rumah Sakit (*Risk D*) ☐ Penyakit Kritis (*Critical Illness*)
☐ Santunan Harian (*Daily Benefit*) ☐ Cacat Tetap Total/Sebagian (*Risk B*)
☐ Kecelakaan (*Accident*) ☐ Cacat Tetap Total (*Total Permanent Disability*)

D. KELENGKAPAN DOKUMEN

Pengajuan Klaim Asuransi Kesehatan (<i>Health</i>)	Pengajuan Klaim Santunan Harian (<i>Daily Benefit</i>)	Pengajuan Klaim Kecelakaan (<i>Accident Risk D</i>)
☐ Fotokopi Identitas diri (KTP-el/paspor/KITAS/ KITAP) Pemegang Polis dan Tertanggung*	☐ Fotokopi Identitas diri (KTP-el/paspor/KITAS/ KITAP) Pemegang Polis dan Tertanggung*	☐ Fotokopi Identitas diri (KTP-el/paspor/KITAS/ KITAP) Pemegang Polis dan Tertanggung*
☐ Formulir Perawatan Medis/Resume Medis	☐ Formulir Perawatan Medis/Resume Medis	☐ Formulir Perawatan Medis/Resume Medis
☐ Kuitansi asli selama perawatan Rawat Inap dan Rawat Jalan	☐ Fotokopi legalisasi Kuitansi selama perawatan Rawat Inap	☐ Kuitansi asli selama perawatan Rawat Inap dan Rawat Jalan
☐ Rincian biaya obat dan pemeriksaan diagnostik selama perawatan	☐ Rincian biaya obat dan pemeriksaan diagnostik selama perawatan	☐ Rincian biaya obat dan pemeriksaan diagnostik selama perawatan
☐ Hasil pemeriksaan diagnostik dan penunjang diagnosis	☐ Hasil pemeriksaan diagnostik dan penunjang diagnosis	☐ Hasil pemeriksaan diagnostik dan penunjang diagnosis
☐ Asli Surat Kuasa bermeterai kepada Penanggung untuk melihat dan melakukan analisis lebih lanjut terhadap dokumen medis Tertanggung	☐ Asli Surat Kuasa bermeterai kepada Penanggung untuk melihat dan melakukan analisis lebih lanjut terhadap dokumen medis Tertanggung	☐ Asli surat keterangan dari Kepolisian dalam hal terjadinya risiko Kecelakaan atau surat kronologis bermeterai

Pengajuan Klaim Asuransi Kesehatan (Health)	Pengajuan Klaim Santunan Harian (Daily Benefit)	Pengajuan Klaim Kecelakaan (Accident Risk D)
☐ Surat Kuasa bermeterai apabila pembayaran Klaim dibayarkan kepada pihak lain dan bukan Pemegang Polis	☐ Surat Kuasa bermeterai apabila pembayaran Klaim dibayarkan kepada pihak lain dan bukan Pemegang Polis	☐ Asli Surat Kuasa bermeterai kepada Penanggung untuk melihat dan melakukan analisis lebih lanjut terhadap dokumen medis Tertanggung
☐ Fotokopi Buku Tabungan halaman depan	☐ Fotokopi Buku Tabungan halaman depan	☐ Surat Kuasa bermeterai apabila pembayaran Klaim dibayarkan kepada pihak lain dan bukan Pemegang Polis
☐ Fotokopi Akta Perubahan terbaru apabila Pemegang Polis Badan Hukum dan berikan stempel perusahaan pada Formulir Pengajuan	☐ Fotokopi Akta Perubahan terbaru apabila Pemegang Polis Badan Hukum dan berikan stempel perusahaan pada Formulir Pengajuan	☐ Fotokopi Buku Tabungan halaman depan
☐ Keterangan-keterangan atau dokumen lain yang dianggap perlu oleh Penanggung, sehubungan dengan pengajuan klaim tersebut termasuk namun tidak terbatas pada dokumen asli SPAJ/Pernyataan Kesehatan yang belum disampaikan kepada Penanggung	☐ Keterangan-keterangan atau dokumen lain yang dianggap perlu oleh Penanggung, sehubungan dengan pengajuan klaim tersebut termasuk namun tidak terbatas pada dokumen asli SPAJ/Pernyataan Kesehatan yang belum disampaikan kepada Penanggung	☐ Fotokopi Akta Perubahan terbaru apabila Pemegang Polis Badan Hukum dan berikan stempel perusahaan pada Formulir Pengajuan
		☐ Keterangan-keterangan atau dokumen lain yang dianggap perlu oleh Penanggung, sehubungan dengan pengajuan klaim tersebut termasuk namun tidak terbatas pada dokumen asli SPAJ/Pernyataan Kesehatan yang belum disampaikan kepada Penanggung

Pengajuan Penyakit Kritis (Critical Illness)	Pengajuan Klaim Cacat Tetap (Total Permanent Disability/Accident Risk B)
☐ Fotokopi Identitas diri (KTP-el/paspor/KITAS/KITAP) Pemegang Polis dan Tertanggung*	☐ Fotokopi identitas diri (KTP-el/paspor/KITAS/KITAP) Pemegang Polis dan Tertanggung*
☐ Formulir Perawatan Medis/Resume Medis dari dokter spesialis sesuai penyakit kritis	☐ Surat Keterangan cacat yang dikeluarkan oleh dokter (formulir asli dari Penanggung)
☐ Hasil pemeriksaan diagnostik dan penunjang diagnosis	☐ Hasil pemeriksaan diagnostik dan penunjang diagnosis
☐ Asli Surat Kuasa bermeterai kepada Penanggung untuk melihat dan melakukan analisis lebih lanjut terhadap dokumen medis Tertanggung asuransi	☐ Asli surat keterangan dari Kepolisian dalam hal terjadinya risiko Kecelakaan atau surat kronologis bermeterai
☐ Surat Kuasa bermeterai apabila pembayaran Klaim dibayarkan kepada pihak lain dan bukan Pemegang Polis	☐ Foto lokasi cacat & seluruh tubuh
☐ Fotokopi Buku Tabungan halaman depan	☐ Surat Kuasa bermeterai apabila pembayaran Klaim dibayarkan kepada pihak lain dan bukan Pemegang Polis
☐ Fotokopi Akta Perubahan terbaru apabila Pemegang Polis Badan Hukum dan berikan stempel perusahaan pada Formulir Pengajuan	☐ Asli Surat Kuasa Transfer bermeterai jika dana klaim ditransfer bukan ke Pemegang Polis
☐ Keterangan-keterangan atau dokumen lain yang dianggap perlu oleh Penanggung, sehubungan dengan pengajuan klaim tersebut termasuk namun tidak terbatas pada dokumen asli SPAJ/Pernyataan Kesehatan yang belum disampaikan kepada Penanggung	☐ Fotokopi Buku Tabungan halaman depan
	☐ Fotokopi Akta Perubahan terbaru apabila Pemegang Polis Badan Hukum dan berikan stempel perusahaan pada Formulir Pengajuan
	☐ Keterangan-keterangan atau dokumen lain yang dianggap perlu oleh Penanggung, sehubungan dengan pengajuan klaim tersebut termasuk namun tidak terbatas pada dokumen asli SPAJ/Pernyataan Kesehatan yang belum disampaikan kepada Penanggung

E. DATA PENERIMA PEMBAYARAN KLAIM

Pembayaran dana klaim asuransi ini, mohon ditransfer ke rekening pada Bank:

Nama Bank : _____
 Cabang/Kota : _____
 Nama Pemilik Rekening : _____
 Nomor Rekening : _____
 Mata Uang : ☐ Rupiah ☐ USD Nomor Swift Code

F. PERNYATAAN PEMEGANG POLIS

Saya sebagai Pemegang Polis/Termaslahat menyatakan bahwa:

1. Saya telah membaca, mengerti, dan mengisi keterangan dan pernyataan pada Pengajuan Klaim Asuransi Kesehatan ini dengan lengkap dan benar, serta sebelum Pengajuan Klaim Asuransi Kesehatan Saya tanda tangani seluruhnya telah Saya periksa kembali kebenarannya.
2. Seluruh keterangan yang saya cantumkan dalam Pengajuan Klaim Asuransi Kesehatan Individu ini menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari Polis.
3. Seluruh salinan dokumen yang diberikan sehubungan dengan Pengajuan Klaim Asuransi Kesehatan Individu adalah sesuai asli dan masih berlaku.

4. PT Equity Life Indonesia berhak menolak transaksi dan/atau menutup hubungan usaha dengan Pemegang Polis yang tidak memenuhi ketentuan APU PPT yang berlaku.
5. Semua alamat korespondensi, nomor telepon/handphone, dan email yang telah diinformasikan dapat dipergunakan sebagai media komunikasi terkait Polis.
6. Segala risiko yang timbul yang diakibatkan karena penandatanganan Pengajuan Klaim Asuransi Kesehatan Individu ini sepenuhnya menjadi tanggung jawab saya.
7. Saya mengerti bahwa PT Equity Life Indonesia tidak bertanggung jawab dalam hal:
 - Terdapat kesalahan saya dalam memberikan informasi pada Pengajuan Klaim Asuransi Kesehatan Individu atau kesalahan Bank dalam melakukan proses transaksi namun tidak terbatas pada:
 - i. Tidak tepatnya pembayaran dana
 - ii. Keterlambatan penerimaan pembayaran dan, atau
 - iii. Pembayaran diterima oleh orang yang tidak berhak
8. PT Equity Life Indonesia dibebaskan dari segala tuntutan dari saya dan/atau Termaslahat (ahli waris) saya atau pihak manapun sehubungan dengan Pengajuan Klaim Asuransi Kesehatan Individu tersebut di atas. Apabila terdapat tuntutan dari pihak manapun sehubungan dengan Pengajuan Klaim Asuransi Kesehatan Individu tersebut di atas, maka saya akan bertanggung jawab penuh.
9. Pengajuan ini berlaku apabila telah disetujui PT Equity Life Indonesia selaku Penanggung.

Dengan ini saya menyatakan bahwa seluruh keterangan yang saya berikan pada dokumen pengajuan ini adalah benar.

Pemegang Polis/Termaslahat*
Nama Jelas & Tanda Tangan

Tempat pengajuan: _____

Tanggal pengajuan (tanggal - bulan - tahun): - -

Beri tanda (✓) pada kotak yang dipilih.

UNTUK KEPENTINGAN PERUSAHAAN

Diperiksa oleh Admin
Tanggal & Tanda Tangan
Nama:

Mengetahui Branch Service
Tanggal & Tanda Tangan
Nama:

Catatan penting:
