

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 Penginjian 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>)
<input type="checkbox"/> Fotokopi Identitas diri (KTP-el/paspor/KITAS/KITAP) Pemegang Polis dan Tertanggung*	<input type="checkbox"/> Fotokopi Identitas diri (KTP-el/paspor/KITAS/KITAP) Pemegang Polis dan Tertanggung*	<input type="checkbox"/> Fotokopi Identitas diri (KTP-el/paspor/KITAS/KITAP) Pemegang Polis dan Tertanggung*
<input type="checkbox"/> Formulir Perawatan Medis/Resume Medis	<input type="checkbox"/> Formulir Perawatan Medis/Resume Medis	<input type="checkbox"/> Formulir Perawatan Medis/Resume Medis
<input type="checkbox"/> Kuitansi asli selama perawatan Rawat Inap dan Rawat Jalan	<input type="checkbox"/> Fotokopi legalisasi Kuitansi selama perawatan Rawat Inap	<input type="checkbox"/> Kuitansi asli selama perawatan Rawat Inap dan Rawat Jalan
<input type="checkbox"/> Rincian biaya obat dan pemeriksaan diagnostik selama perawatan	<input type="checkbox"/> Rincian biaya obat dan pemeriksaan diagnostik selama perawatan	<input type="checkbox"/> Rincian biaya obat dan pemeriksaan diagnostik selama perawatan
<input type="checkbox"/> Hasil pemeriksaan diagnostik dan penunjang diagnosis	<input type="checkbox"/> Hasil pemeriksaan diagnostik dan penunjang diagnosis	<input type="checkbox"/> Hasil pemeriksaan diagnostik dan penunjang diagnosis
<input type="checkbox"/> Asli Surat Kuasa bermeterai kepada Penanggung untuk melihat dan melakukan analisis lebih lanjut terhadap dokumen medis Tertanggung	<input type="checkbox"/> Asli Surat Kuasa bermeterai kepada Penanggung untuk melihat dan melakukan analisis lebih lanjut terhadap dokumen medis Tertanggung	<input type="checkbox"/> 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)
<input type="checkbox"/> Surat Kuasa bermeterai apabila pembayaran Klaim dibayarkan kepada pihak lain dan bukan Pemegang Polis <input type="checkbox"/> Fotokopi Buku Tabungan halaman depan <input type="checkbox"/> Fotokopi Akta Perubahan terbaru apabila Pemegang Polis Badan Hukum dan berikan stempel perusahaan pada Formulir Pengajuan <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Surat Kuasa bermeterai apabila pembayaran Klaim dibayarkan kepada pihak lain dan bukan Pemegang Polis <input type="checkbox"/> Fotokopi Buku Tabungan halaman depan <input type="checkbox"/> Fotokopi Akta Perubahan terbaru apabila Pemegang Polis Badan Hukum dan berikan stempel perusahaan pada Formulir Pengajuan <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Asli Surat Kuasa bermeterai kepada Penanggung untuk melihat dan melakukan analisis lebih lanjut terhadap dokumen medis Tertanggung <input type="checkbox"/> Surat Kuasa bermeterai apabila pembayaran Klaim dibayarkan kepada pihak lain dan bukan Pemegang Polis <input type="checkbox"/> Fotokopi Buku Tabungan halaman depan <input type="checkbox"/> Fotokopi Akta Perubahan terbaru apabila Pemegang Polis Badan Hukum dan berikan stempel perusahaan pada Formulir Pengajuan <input type="checkbox"/> 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)
<input type="checkbox"/> Fotokopi Identitas diri (KTP-el/paspor/KITAS/KITAP) Pemegang Polis dan Tertanggung* <input type="checkbox"/> Formulir Perawatan Medis/Resume Medis dari dokter spesialis sesuai penyakit kritis <input type="checkbox"/> Hasil pemeriksaan diagnostik dan penunjang diagnosis <input type="checkbox"/> Asli Surat Kuasa bermeterai kepada Penanggung untuk melihat dan melakukan analisis lebih lanjut terhadap dokumen medis Tertanggung asuransi <input type="checkbox"/> Surat Kuasa bermeterai apabila pembayaran Klaim dibayarkan kepada pihak lain dan bukan Pemegang Polis <input type="checkbox"/> Fotokopi Buku Tabungan halaman depan <input type="checkbox"/> Fotokopi Akta Perubahan terbaru apabila Pemegang Polis Badan Hukum dan berikan stempel perusahaan pada Formulir Pengajuan <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Fotokopi identitas diri (KTP-el/paspor/KITAS/KITAP) Pemegang Polis dan Tertanggung* <input type="checkbox"/> Surat Keterangan cacat yang dikeluarkan oleh dokter (formulir asli dari Penanggung) <input type="checkbox"/> Hasil pemeriksaan diagnostik dan penunjang diagnosis <input type="checkbox"/> Asli surat keterangan dari Kepolisian dalam hal terjadinya risiko Kecelakaan atau surat kronologis bermeterai <input type="checkbox"/> Foto lokasi cacat & seluruh tubuh <input type="checkbox"/> Surat Kuasa bermeterai apabila pembayaran Klaim dibayarkan kepada pihak lain dan bukan Pemegang Polis <input type="checkbox"/> Asli Surat Kuasa Transfer bermeterai jika dana klaim ditransfer bukan ke Pemegang Polis <input type="checkbox"/> Fotokopi Buku Tabungan halaman depan <input type="checkbox"/> Fotokopi Akta Perubahan terbaru apabila Pemegang Polis Badan Hukum dan berikan stempel perusahaan pada Formulir Pengajuan <input type="checkbox"/> 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

D. 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:
