

Nomor Polis/ Sertifikat :

FORMULIR KLAIM SANTUNAN RAWAT INAP RUMAH SAKIT

- Mohon diisi dengan HURUF CETAK KAPITAL didalam kotak yang tersedia secara jelas dan lengkap, serta memberi tanda ✓ pada kotak jawaban yang sesuai.
- Jangan dihapus ketika ada kesalahan penulisan/ pengisian, cukup dicoret dan bubuhkan tanda tangan Pengaju Klaim pada sampingnya sebelum mengisi jawaban yang benar.
- Mohon tidak menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong dan pastikan semua pertanyaan telah diisi dengan lengkap dan benar sebelum menandatangani.
- Apabila Peserta memiliki lebih dari 1 (satu) Polis atas produk yang sama, cukup melengkapi 1 formulir saja dengan mencantumkan semua nomor Polis yang dimiliki.
- Yang berhak mengajukan klaim adalah Pemegang Polis. Apabila Pemegang Polis sama dengan Peserta dan telah meninggal dunia, maka yang berhak mengajukan adalah Penerima Manfaat.

A. DATA PENGAJU KLAIM

1. Nama Lengkap :																														
2. Nomor e-KTP :																														
3. Jenis Kelamin :	☐ Laki-Laki	☐ Perempuan	4. Tanggal Lahir (tgl/bln/thn) :				/				/																			
5. Nomor HP/ Telepon :																														
6. Email :																														
7. Alamat Korespondensi Polis :																														
8. Hubungan dengan Peserta :	☐ Suami/ Istri	☐ Orang Tua	☐ Anak Kandung	☐ Lain-Lain, sebutkan :																										

B. DATA PESERTA (PASIEEN)

9. Nama Peserta :																														
10. Jenis Kelamin :	☐ Laki-Laki	☐ Perempuan	11. Tanggal Lahir (tgl/bln/thn) :				/				/																			
12. Nomor HP/ Telepon :																														
13. Email :																														

C. DATA / KETERANGAN KLAIM

14. Sebab atau alasan dirawat?	☐ Kecelakaan	☐ Persalinan	☐ Penyakit, wajib sebutkan diagnosis penyakit :																																		
15. Lama perawatan?		Hari	16. Lama perawatan unit intensif (ICU/ ICCU) , jika ada?				Hari																														
17. Tanggal perawatan (tgl/bln/thn) :				/				/				sampai dengan				/				/																	
18. Apakah ada tindakan operasi/ pembedahan?	☐ Ya	☐ Tidak																																			
19. Nama Rumah Sakit?																																					
20. Apakah klaim yang diajukan merupakan penjaminan BPJS Kesehatan?	☐ Ya	☐ Tidak																																			
21. Apakah klaim yang diajukan merupakan penjaminan atau dilindungi juga oleh perusahaan asuransi lain?	☐ Ya	☐ Tidak																																			
22. Jika Ya, mohon sebutkan nama perusahaan asuransi lain tersebut ?																																					

D. DATA / INFORMASI REKENING PEMBAYARAN KLAIM (Jika Disetujui)

23. Nama Bank dan Cabang :																														
24. Nomor Rekening :																														
25. Nama di Rekening :																														

E. PERNYATAAN DAN KUASA PENGAJU KLAIM, PEMEGANG POLIS DAN PESERTA

Dengan ini Saya/Kami, atas nama diri sendiri, Perusahaan atau badan hukum yang mungkin mempunyai kepentingan atau tuntutan terhadap asuransi ini menyatakan bahwa

- Saya/Kami memahami bahwa Saya/Kami memiliki kewajiban untuk bertindak dengan iktikad terbaik (utmost good faith) dalam
 - Pengajuan permohonan asuransi syariah, permohonan pemulihan Polis, permohonan perubahan Polis, dan/atau permohonan lainnya terkait Polis (yang mana yang sesuai dengan keadaannya); dan
 - Pengajuan klaim manfaat asuransi syariah ("permohonan konsumen").

Oleh karena itu, Saya/Kami memahami bahwa Saya/Kami wajib, dan telah mengungkapkan secara benar dan lengkap semua fakta yang dapat mempengaruhi pertimbangan Perusahaan dalam menerima atau menolak suatu permohonan konsumen dan/atau menetapkan jumlah kontribusi.
- Saya/Kami menyatakan dan menjamin bahwa semua data, informasi, jawaban, keterangan, pernyataan dan/atau fakta yang Saya/Kami berikan ("informasi konsumen") dalam formulir SPAJS, formulir pemulihan Polis, formulir perubahan Polis, formulir klaim manfaat asuransi syariah serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh Perusahaan ("dokumen permohonan") sebagai bagian dari pengajuan permohonan konsumen adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada informasi konsumen yang Saya/Kami sembunyikan, baik dengan sengaja maupun tidak sengaja.
- Akibat hukum dan/atau kerugian yang timbul karena ditandatangani formulir ini dalam keadaan kosong atau belum terisi lengkap akan sepenuhnya menjadi tanggung jawab Saya/Kami.
- Apabila informasi konsumen tersebut dalam butir 2 ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat informasi konsumen yang Saya/Kami sembunyikan dengan menandatangani formulir klaim ini, Saya/Kami SEPAKAT DAN MENYETUJUI jika Perusahaan melakukan hal-hal berikut ini:
 - Menolak setiap klaim manfaat asuransi syariah yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau Sebagian manfaat asuransi syariah.
 - Membatalkan Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada asuransi syariah/Polis dasar/asuransi syariah tambahan/Polis tambahan), dengan pengembangan kontribusi (atau biaya asuransi syariah dari asuransi syariah/asuransi syariah tambahan, sebagaimana relevan) yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan biaya internal pemeriksaan kesehatan (jika ada), manfaat asuransi syariah yang telah dibayarkan (jika ada) dan biaya-biaya yang timbul pada saat penerbitan Polis (jika ada).

- c. Mengakhiri Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada asuransi syariah/asuransi syariah tambahan), tanpa kewajiban untuk mengembalikan kontribusi dan/atau biaya asuransi syariah, apabila terdapat unsur penipuan, pemalsuan, atau kesalahan yang disengaja dalam pemberian setiap informasi konsumen yang tercantum dalam dokumen permohonan, atau apabila terdapat penyembunyian suatu informasi konsumen yang sebenarnya dalam dokumen permohonan. Atas pengakhiran tersebut, Saya/Kami juga menyetujui bahwa Perusahaan hanya akan membayarkan nilai tunai (jika ada).
- d. Melakukan penilaian ulang risiko (re-underwriting), dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan dalam Polis (baik Polis dasar dan/atau setiap asuransi syariah/Polis tambahan), termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan, menyesuaikan manfaat asuransi syariah, dan/atau menyesuaikan jumlah kontribusi atau biaya asuransi syariah yang harus dibayar; dan/atau
- e. Menagih kekurangan kontribusi dan/atau biaya asuransi syariah dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (re-underwriting), jumlah kontribusi dan/atau biaya asuransi syariah yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. Perusahaan juga berhak untuk melakukan penjumlahan (set-off) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan nilai tunai yang ada dalam Polis Saya/Kami dan/atau manfaat asuransi syariah yang akan dibayarkan. Atas hal tersebut, Saya/Kami wajib membayarkan (jika ada) kekurangan kontribusi dan/atau biaya asuransi syariah.
- f. Menagih kembali kepada Saya/Kami atas semua manfaat asuransi yang telah dibayarkan dan Saya/Kami wajib membayarkan kembali semua manfaat asuransi yang telah dibayarkan (jika ada).
5. Sehubungan dengan klausul pembatalan atau pengakiran Polis sebagaimana disebutkan di atas, Saya/Kami dengan ini menegaskan bahwa:
- a. Penandatanganan formulir klaim ini oleh Saya/Kami merupakan bentuk persetujuan atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh Perusahaan jika terjadi hal-hal yang dimaksud dalam butir 3; dan
- b. Saya/Kami setuju untuk mengesampingkan ketentuan Pasal 1266 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata dan/atau ketentuan peraturan perundang-undangan lainnya yang mensyaratkan pengakhiran atau pembatalan Polis harus dilakukan berdasarkan putusan pengadilan.
6. Menyetujui bahwa pembayaran klaim akan dilakukan setelah seluruh persyaratan dokumen diterima dengan lengkap dan pengajuan klaim disetujui sesuai ketentuan Polis.
7. Selanjutnya, Saya/Kami dengan ini memberikan kuasa kepada dokter, rumah sakit, klinik, Perusahaan, perorangan atau badan hukum lainnya yang memiliki catatan atau data atau mengetahui tentang keadaan kesehatan Saya/Kami, untuk memberikan/memberitahukan kepada PT Capital Life Syariah atau pihak yang mewakilinya atas semua keterangan mengenai diri dan keadaan kesehatan Saya/Kami, riwayat pengobatan atau perawatan rumah sakit, nasihat-nasihat dokter atau riwayat penyakit. Pemberian kuasa ini tidak dapat ditarik kembali dan mengikat pada Ahli Waris/Penerima Manfaat, dan tetap berlaku setelah Saya/Kami meninggal dunia atau dalam keadaan cacat. Fotokopi lembar formulir ini (pernyataan dan surat kuasa) memiliki kekuatan yang sama seperti aslinya.

Ditandatangani di

Tanggal (tgl/bln/thn)

 / /

Tanda Tangan

Pengaju Klaim/ Pemegang Polis

Tanda Tangan

Peserta (apabila Pengaju Klaim berbeda dengan Peserta)

Mohon lampirkan:

- Fotokopi bukti identitas diri (e-KTP).
- Fotokopi catatan/ resume medis, legalisir kuitansi dan rincian perawatan.
- Fotokopi hasil pemeriksaan medis penunjang laboratorium, rontgen dsb.
- Fotokopi legalisir surat keterangan kepolisian (jika akibat kecelakaan/ tidak wajar)
- Dokumen lain yang diperlukan untuk klarifikasi/ informasi lebih lanjut.

Catatan dari Pengaju Klaim :

.....