

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 :   
 Kode Pos :

8. Hubungan dengan Peserta :  Suami/ Istri  Orang Tua  Anak Kandung  Lain-Lain, sebutkan : \_\_\_\_\_

### B. DATA PESERTA (PASIHEN)

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 :

- a. Semua pernyataan, keterangan atau jawaban dalam formulir pengajuan ini dan dokumen pendukungnya (jika ada) adalah lengkap dan benar, serta dibuat/ disampaikan dengan sebenar-benarnya dan dapat digunakan sebagai dasar pengajuan klaim.
- b. Akibat hukum dan/atau kerugian yang timbul karena ditandatanganinya formulir ini dalam keadaan kosong atau belum terisi lengkap akan sepenuhnya menjadi tanggung jawab Saya/ Kami.
- c. Menyetujui bahwa pembayaran klaim akan dilakukan setelah seluruh persyaratan dokumen diterima dengan lengkap dan pengajuan klaim disetujui sesuai dengan ketentuan Polis.
- d. 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 para 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 : .....