

FORMULIR KLAIM ASURANSI HOSPITAL CASH PLAN HOSPITAL CASH PLAN INSURANCE CLAIM FORM

Formulir klaim ini harus diisi lengkap, ditandatangani oleh Peserta atau Pemegang Polis yang berhak dan diterima oleh PT Asuransi Harta Aman Pratama Tbk sebelum 60 (enam puluh) hari setelah tanggal perawatan/pelayanan kesehatan. Lengkapi Formulir Klaim dengan data sebenarnya, lampirkan copy resume medis (*medical record*) dari rumah sakit/ klinik/Puskesmas dan lain-lain yang berkaitan dengan penunjang perawatan. Formulir Klaim yang tidak lengkap tidak dapat diproses.

This Claim Form must be completed in full, signed by the eligible member of Policy Holder and received by PT Asuransi Harta Aman Pratama Tbk within 60 (sixty) days after the date of services. Please complete this Claim Form with actual data, please Attach copies of the medical resume (medical record) from hospital/clinic/public health center and others related to treatment support. Uncompleted Claim Form cannot be processed.

INFORMASI PASIEN / PATIENT INFORMATION

Nama Perusahaan / <i>Company Name</i>	Nomor Polis / <i>Policy Number</i>	Nomor Peserta / <i>Participant's Number</i>
Nama Peserta / <i>Participant Name</i>	Nama Karyawan / <i>Employee Name</i>	Tanggal Lahir / <i>Date of Birth</i>
Jenis Kelamin / <i>Gender</i> <input type="checkbox"/> Pria / <i>Male</i> <input type="checkbox"/> Wanita / <i>Female</i>	Alamat / <i>Address</i>	Nomor Telepon / <i>Phone No.</i>

INFORMASI PERAWATAN / CARE INFORMATION

Lokasi Pelayanan / <i>Health Provider</i> <input type="checkbox"/> Klinik / <i>Clinic</i> <input type="checkbox"/> Rumah Sakit / <i>Hospital</i>	Nama Rumah Sakit/Klinik / <i>Hospital/Clinic Name</i>	Nama Dokter / <i>Doctor's Name</i>
Tanggal Masuk / <i>Admission Date</i>	Tanggal Keluar / <i>Discharge Date</i>	Alamat / <i>Address</i>
Lama Rawat Inap / <i>Length of Stay</i> (Hari / <i>Day</i>)	Lama Rawat Inap (ICU) / <i>Length of Stay (ICU)</i> (Hari / <i>Day</i>)	Alasan Rawat Inap / <i>Reason for Hospitalization</i> <input type="checkbox"/> Penyakit / <i>Disease</i> <input type="checkbox"/> Kecelakaan / <i>Accident</i>
Jelaskan Keluhan dan Gejala yang Menyebabkan Perawatan / <i>Describe Complaints and Symptoms that cause treatment</i>	Kategori Pasien / <i>Patient Category</i> <input type="checkbox"/> OTG <input type="checkbox"/> ODP <input type="checkbox"/> PDP <input type="checkbox"/> Positif Covid19	

KETERANGAN LAINNYA / OTHER INFORMATION

Apakah bertanggung di asuransikan di Perusahaan asuransi lain? Ya / *Yes* Tidak / *No*
Does the insured have in another insurance company?

Jika iya, sebutkan nama Perusahaan Asuransi:
If yes, mention the name of the Insurance Company:

TRANSFER KLAIM / CLAIM TRANSFER

Nama Bank / <i>Bank Name</i>	Nama Rekening / <i>Account Name</i>	Nomor Rekening / <i>Account No.</i>	Cabang / <i>Branch</i>
------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	------------------------

PERNYATAAN TERTANGGUNG / STATEMENT OF THE INSURED

Saya/Kami menyatakan bahwa 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 menyembunyikan atau memberikan pernyataan yang salah mengenai materi fakta dengan cara apapun, maka polis menjadi batal, dan semua hak yang 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 Asuransi Harta Aman Pratama, Tbk 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.

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. Asuransi Harta Aman Pratama, Tbk 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. Asuransi Harta Aman Pratama, Tbk 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.

Ditandatangani di / <i>Signed at</i> Tanggal / <i>Date</i> dd/mm/yy	Nama Peserta / <i>Participant Name</i> Tanda tangan / <i>Signature</i>
---	---