



FORMULIR ISIAN KLAIM ASURANSI RAWAT INAP, RAWAT JALAN DAN SANTUNAN PENYAKIT KRITIS

(Diisi oleh Tertanggung/Peserta dan Pemegang Polis)

PENTING : Persyaratan Klaim

- Formulir isian Klaim Rawat Inap - Rawat Jalan dari dokter yang merawat Tertanggung/Peserta
Surat kuasa permintaan data medis
Fotocopy identitas diri (KTP/SIM/Passport) Pemegang Polis
Fotocopy identitas diri (KTP/SIM/Passport) Tertanggung/Peserta
Kwitansi asli perawatan rumah sakit/dokter, obat dan fotokopi resep
Hasil Laboratorium, Patologi Anatomi dan Radiologi lainnya
Surat keterangan asli dari Kepolisian (untuk penyebab klaim karena kecelakaan)
Surat kuasa bermaterai (bila klaim diajukan bukan oleh Tertanggung/Peserta/Pemegang Polis)

YANG BERTANDATANGAN DI BAWAH INI

Form fields for personal and contact information: Nomor Polis, Nama Pemegang Polis, Nama Tertanggung/Peserta, Tempat Tanggal Lahir, Alamat Korespondensi (wajib diisi), Jalan, Blok/Gang, RT/RW, Kelurahan/Desa, Kota/Kabupaten, Kode Pos, Telepon Rumah, Hand Phone, Telepon Kantor, E-mail, No. Hand Phone Tenaga Pemasar yang dapat dihubungi.

DENGAN INI MENGAJUKAN MANFAAT ASURANSI UNTUK :

- ASRI/Rawat Inap, Rawat Jalan/Kecelakaan, Santunan Kritis, Lain-lain

SEBAB - SEBAB PERAWATAN

Form fields for medical details: Telah dirawat di Rumah Sakit karena (Sakit, Kecelakaan, Lain-lain), Tanggal Perawatan, Jam, Nama Dokter/Rumah Sakit yang merawat.

Berikan gambaran secara singkat dan jelas mengenai gejala/kejadiannya. Apabila kolom yang disediakan tidak mencukupi, tambahkan keterangan dilembar tersendiri

Mohon sebutkan nama Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas yang pernah dikunjungi Tertanggung/Peserta untuk menjalani pengobatan

KETERANGAN LAIN - LAIN (Wajib diisi - Apabila bagian ini tidak diisi, maka pengajuan klaim tidak dapat kami proses)

Form fields for additional information: Apakah Tertanggung/Peserta Perokok?, Apakah Tertanggung/Peserta diasuransikan di perusahaan asuransi lain?, Nama Perusahaan Asuransi, Nomor Polis, Apakah Tertanggung/Peserta mengajukan manfaat klaim santunan harian atau produk sejenis di perusahaan asuransi lain?, Apakah Anda terdaftar sebagai wajib pajak di Negara lain?

Saya/Kami menyatakan dengan sebenarnya bahwa semua pernyataan dan jawaban di dalam Formulir Klaim ini termasuk pernyataan dan jawaban dalam setiap pertanyaan kesehatan, formulir tambahan yang diperlukan dan/atau perubahannya adalah lengkap, akurat, dan sesuai dengan keadaan sebenarnya. Saya/Kami menyetujui bahwa apabila pernyataan dan jawaban di Formulir Klaim ini tidak benar, maka Penanggung berhak tidak membayarkan klaim, sesuai ketentuan yang berlaku pada Polis.

PERMINTAAN PEMBAYARAN MANFAAT ASURANSI

Apabila klaim disetujui, pembayaran akan ditransfer ke :

Form fields for payment details: Mata Uang (Rupiah, USD), Nama Pemilik Rekening, Bank / Cabang, Nomor Rekening, Tujuan atau alasan, Hubungan dengan Tertanggung/Peserta/Pemegang Polis.

- Pembayaran harus ditujukan kepada Yang Ditunjuk / Yang Dikuasakan. Jika tidak, mohon Yang Ditunjuk / Yang Dikuasakan tanda tangan diatas materai dengan mengisi tujuan / alasannya.
- Pembayaran Manfaat Polis selain Manfaat Meninggal bagi nasabah CITIBANK, akan ditransfer ke rekening sebagaimana tercantum dalam SPAJ / SKDR.

Saya/Kami dengan ini mengakui dan menyatakan Pemegang Polis dan/atau Tertanggung telah memberikan kuasa dan wewenang kepada setiap Tenaga Medis/Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas dan atau Laboratorium, perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi, badan, instansi/lembaga atau pihak lain yang mempunyai catatan riwayat kesehatan atau informasi lain mengenai diri Pemegang Polis dan/atau Tertanggung, untuk mengungkapkan kepada Penanggung semua catatan riwayat kesehatan atau informasi lain mengenai diri Pemegang Polis dan/atau Tertanggung yang tidak dapat ditarik kembali atau dibatalkan berhubungan dengan riwayat kesehatan, Penyakit atau perawatan atau informasi lain mengenai diri Pemegang Polis dan/atau Tertanggung untuk diberikan kepada Penanggung.

Saya/Kami menyatakan bahwa segala dokumen kelengkapan untuk persyaratan klaim menjadi hak Penanggung sejak diserahkan kepada Penanggung untuk pengajuan klaim ini.

Ditandatangani di :

Date fields: tanggal, bulan, tahun

Tandatangan Tertanggung/Peserta

Tandatangan Pemegang Polis