

FORMULIR PENGAJUAN KLAIM ASURANSI KESEHATAN KUMPULAN

Petunjuk Pengisian Formulir:

- Penulisan menggunakan TINTA HITAM dan huruf KAPITAL.
- Semua Dokumen Pengajuan dan Pertanyaan pada Formulir Klaim & Surat Keterangan Dokter harus diisi dengan benar, lengkap dan jelas tanpa pembebanan kepada PT Asuransi Jiwa Sequis Financial.
- WAJIB melampirkan dokumen dan hasil-hasil pemeriksaan penunjang.

DATA KEPESERTAAN

Nama Perusahaan :

Nomor Polis – Nomor Kepesertaan : -

Nama Karyawan / Karyawati :

Nama Pasien (jika bukan Karyawan) :

DATA PASIEN / TERTANGGUNG

Nomor KTP :

Hubungan Pasien dengan Karyawan / Karyawati : Diri Sendiri Pasangan Anak ke ____

Tanggal Lahir : - -
(tanggal) (bulan) (tahun)

Jenis Kelamin : Laki - Laki Perempuan

Nomor Telepon / Handphone (aktif) :

Jenis Klaim : Rawat Inap Persalinan Santunan Tunai Harian

Apakah Tertanggung diasuransikan di perusahaan asuransi lain? Tidak Ya, memiliki asuransi di perusahaan _____

PERNYATAAN DAN PERSETUJUAN

Dengan ini Saya memberikan dan menyatakan:

- Persetujuan kepada Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan atau Organisasi lainnya yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung/Pemegang Polis dan memberikan catatan atau keterangan tersebut kepada PT Asuransi Jiwa Sequis Financial sehubungan dengan pengajuan klaim yang sedang diajukan.
- Kuasa kepada PT Asuransi Jiwa Sequis Financial untuk mendapatkan segala suatu tentang keterangan atau catatan medis dari Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan atau Organisasi lainnya.
- Dokumen pembayaran dan/atau kuitansi yang dilampirkan kepada PT Asuransi Jiwa Sequis Financial adalah dokumen asli dan hanya diperuntukkan untuk PT Asuransi Jiwa Sequis Financial.
- Saya bersedia untuk bertanggung jawab dan menanggung segala bentuk ganti kerugian, termasuk mengembalikan manfaat asuransi yang telah saya terima kepada PT Asuransi Jiwa Sequis Financial apabila terbukti terdapat pelanggaran dan/atau penipuan (yang tidak perlu dibuktikan oleh hukum) terhadap dokumen yang Saya lampirkan kepada PT Asuransi Jiwa Sequis Financial.
- Saya membebaskan PT Asuransi Jiwa Sequis Financial, Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan atau Organisasi lainnya yang telah memberikan keterangan atau catatan tersebut dari segala tuntutan hukum.
- Semua keterangan yang diberikan di dalam Formulir ini adalah benar telah Saya tulis dan buat atas keinginan dan persetujuan Saya tanpa unsur paksaan dari Pihak manapun, serta tidak ada keterangan maupun hal-hal lain yang Saya sembunyikan. Segala risiko yang timbul termasuk yang diakibatkan karena Formulir ini ditandatangani dalam keadaan kosong/belum terisi lengkap menjadi tanggung jawab Saya.
- Apabila dikemudian hari diketahui bahwa keterangan dan/atau pernyataan dan/atau pemberitahuan yang disampaikan dalam Formulir ini ternyata keliru dan/atau tidak sesuai fakta dan/atau ditemukan ketidakjujuran dan/atau ditemukan adanya dokumen lain yang sah secara hukum yang dapat membatalkan dokumen yang telah diberikan, maka Saya mengerti dan setuju jika PT Asuransi Jiwa Sequis Financial dapat membatalkan persetujuan atas pengajuan klaim ini termasuk meminta pengembalian atas pembayaran klaim apabila telah dibayarkan dan Saya membebaskan PT Asuransi Jiwa Sequis Financial dari segala tuntutan hukum apapun di kemudian hari apabila PT Asuransi Jiwa Sequis Financial melakukan pembatalan persetujuan atas klaim yang telah dibuat sebelumnya.
- PT Asuransi Jiwa Sequis Financial dalam hal bermaksud untuk menggunakan data-data dan informasi pribadi (antara lain namun tidak terbatas kepada data terkait nama, alamat, tanggal kelahiran nomor telepon, alamat email dan data terkait lainnya) yang tercantum di dalam Formulir ini ataupun sarana lainnya untuk memberikan pelayanan dari waktu ke waktu kepada pihak-pihak lain yang bekerjasama dengan PT Asuransi Jiwa Sequis Financial.
- PT Asuransi Jiwa Sequis Financial untuk menggunakan dan memberikan informasi atau keterangan mengenai Saya yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh PT Asuransi Jiwa Sequis Financial (sesuai yang tercantum pada Formulir ini atau sarana lain beserta segala perubahannya) kepada pihak-pihak lain, termasuk namun tidak terbatas pada perusahaan reasuransi, asuransi, lembaga, bank, atau badan hukum lain baik di dalam maupun di luar negeri yang memiliki hubungan kerjasama PT Asuransi Jiwa Sequis Financial dalam rangka pengajuan Formulir ini, ketentuan Polis, pembayaran klaim, pelayanan nasabah, maupun penawaran produk lain kepada Saya serta sebagai bukti pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku kepada Pemerintah Republik Indonesia (termasuk informasi perpajakan).
- Sesuai dengan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 8 Tahun 2023 Tentang Penerapan Program Anti Pencucian Uang, Pencegahan Pendanaan Terorisme, dan Pencegahan Pendanaan Poliferasi Senjata Pemusnah Massal ("POJK 8/2023"), serta peraturan pelaksanaannya dan perubahan selanjutnya (jika ada), Saya menyadari, mengerti dan memahami bahwa Saya memiliki kewajiban untuk senantiasa melakukan pengkinian data pribadi Saya kepada PT Asuransi Jiwa Sequis Financial dan menyerahkan salinan dokumen pendukung yang berlaku kepada PT Asuransi Jiwa Sequis Financial. Berdasarkan peraturan tersebut, Saya juga setuju bahwa PT Asuransi Jiwa Sequis Financial dapat menolak hubungan usaha/transaksi, membatalkan transaksi dan/atau menutup hubungan usaha dengan Saya apabila Saya, (1) tidak melakukan pengkinian data tersebut dan/atau; (2) diketahui dan/atau patut diduga menggunakan dokumen palsu dan/atau; (3) menyampaikan informasi yang diragukan kebenarannya dan/atau; (4) terdapat di dalam Daftar Terduga Teroris dan Organisasi Teroris dan/ atau; (5) terdapat di dalam Daftar Pendanaan Poliferasi Senjata Pemusnah Massal dan/atau; (6) memiliki sumber dana transaksi yang diketahui dan/atau patut diduga berasal dari hasil tindak pidana.

Tempat & Tanggal ,/...../202...

Yang mengajukan klaim & membuat Pernyataan,

Tandatangan & Nama

SURAT KETERANGAN DOKTER

RESUME MEDIS

Nama Pasien : _____
Jenis Kelamin : _____

Tanggal Perawatan : - - s/d - -
(tanggal) (bulan) (tahun) (tanggal) (bulan) (tahun)

Jika dirawat oleh lebih dari 1 (satu) dokter, sebutkan nama dokter dan spesialisasinya:

Gejala / Keluhan pada saat masuk RS : _____

Tanggal gejala / keluhan pertama kali diketahui pasien : - -
(tanggal) (bulan) (tahun)

Adakah penyakit lain yang berhubungan dengan kondisi sekarang? Jika Ya, mohon disebutkan dan sejak kapan:

Indikasi rawat inap : _____

Diagnosa atau dugaan diagnosis : _____ Kode ICD X : _____

Rawat Inap atas permintaan : Dokter, rawat inap selama _____ hari
 Pasien

Penyakit ini terjadi karena / tergolong : Kesuburan Kehamilan Percobaan Bunuh Diri / Melukai Diri Sendiri
 Penyakit Kelamin Kecelakaan Perang / Huru Hara
 Kejiwaan Olahraga Berbahaya Kosmetik
 Kelainan bawaan Konsumsi Alkohol Kelainan Tumbuh Kembang
 Lainnya _____

Apakah pasien pernah konsultasi / dirawat sebelumnya? : Ya Tidak

Bila "Ya",
a. Tanggal : _____
b. Diagnosa : _____
c. Nama Dokter : _____
d. Nama Rumah Sakit : _____

Bila dilakukan tindakan bedah, mohon dijelaskan jenis pembedahan:

Tanggal Pembedahan : - -
(tanggal) (bulan) (tahun)

Saya sebagai dokter yang merawat/menangani pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan sesuai yang sebenarnya.

Nama dokter :

Spesialisasi :

Alamat :

Tempat & Tanggal

Tandatangan & Stempel dokter/RS