

## FORMULIR KLAIM RAWAT JALAN

### A. Data Peserta

- Dilengkapi oleh Peserta atau orang tua pasien jika pasien di bawah umur dan harus ditandatangani.
- Semua kuitansi asli (sedikitnya memuat nama pasien, tanggal perawatan, jumlah yang dibayar), salinan resep, hasil terperinci dari pemeriksaan (jika ada), perincian dari semua tagihan harus dilampirkan.

Nama Perusahaan	:		Nomor Polis	:	
Nama Pasien	:		Nomor Peserta	:	
Tanggal Lahir Pasien	:		Nama Karyawan	:	
Jenis Kelamin Pasien	:		Nomor Induk Karyawan	:	

### Pernyataan dan Kuasa

1. Saya memahami bahwa Saya memiliki kewajiban untuk bertindak dengan iktikad terbaik (*utmost good faith*) dalam (i) pengajuan permohonan asuransi, permohonan Pemulihan Polis, permohonan perubahan Polis, dan/atau permohonan lainnya terkait Polis (yang mana yang sesuai dengan keadaannya); dan (ii) pengajuan klaim Manfaat Asuransi ("**Permohonan Konsumen**"). Oleh karena itu, Saya memahami bahwa Saya wajib, dan telah mengungkapkan secara benar dan lengkap semua fakta material, yaitu data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan fakta yang dapat mempengaruhi pertimbangan BCA Life dalam menerima atau menolak suatu Permohonan Konsumen dan/atau menetapkan jumlah Premi.
2. Saya menyatakan dan menjamin bahwa semua data, informasi, jawaban, keterangan, pernyataan dan/atau fakta yang Saya berikan ("**Informasi Konsumen**") dalam SPAJ, formulir Pemulihan Polis, formulir perubahan polis, formulir klaim Manfaat Asuransi serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang diisyaratkan oleh BCA Life ("**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 sembunyikan, baik dengan sengaja maupun tidak disengaja.
3. 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 sembunyikan, dengan menandatangani Formulir Klaim Rawat Jalan ini, Saya SEPAKAT DAN MENYETUJUI jika BCA Life melakukan hal-hal berikut ini :
  - a. Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
  - b. Membatalkan Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Asuransi/Polis Dasar/Pertanggung Tambahan/Polis Tambahan), dengan pengembalian Premi (atau Biaya Asuransi dari Asuransi/Pertanggung Tambahan, sebagaimana relevan) yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan biaya internal pemeriksaan kesehatan (jika ada), Manfaat Asuransi 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/Pertanggung Tambahan), tanpa kewajiban untuk mengembalikan Premi dan/atau Biaya Asuransi, 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 juga menyetujui bahwa Perusahaan Asuransi hanya akan membayarkan Nilai Tunai (khusus untuk Produk Asuransi Yang Dikaitkan Dengan Investasi), jika ada.
  - d. Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan dalam Polis (baik Polis Dasar dan/atau setiap Asuransi/Pertanggung/Polis Tambahan), termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan, menyesuaikan Uang Pertanggungan, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
  - e. Menagih kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), jumlah Premi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. BCA Life juga berhak untuk melakukan perjumpaan (*set-off*) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan Nilai Tunai yang ada dalam Polis Saya dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan. Atas hal tersebut, Saya wajib membayarkan (jika ada) kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi.
4. Sehubungan dengan klausula pembatalan atau pengakhiran Polis sebagaimana disebutkan di atas, Saya menegaskan bahwa:
  - a. Penandatanganan Formulir Klaim ini oleh Saya merupakan bentuk persetujuan atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh BCA Life jika terjadi hal-hal yang dimaksud dalam butir 3; dan
  - b. Saya 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.

**Surat Kuasa**

Dengan ini Saya menyatakan bahwa keterangan di atas benar. Saya menyetujui dan memberikan kuasa kepada setiap Dokter atau orang yang telah merawat dan/atau yang memeriksa, atau kepada setiap Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Laboratorium, atau kepada Institusi Medis, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Lembaga, atau Perorangan dimana Tertanggung telah menerima pengobatan untuk menyerahkan setiap informasi kesehatan kepada BCA Life termasuk tetapi tidak terbatas pada data-data kesehatan dan/atau catatan medis Tertanggung. Saya setuju bahwa salinan dari Surat Kuasa ini berlaku dan mempunyai kekuatan hukum yang sama sebagaimana Surat Kuasa lainnya.

Tanggal

Nama &amp; Tanda tangan

**B. Laporan Dokter yang Memeriksa**

(Dilengkapi oleh Dokter yang menangani pasien)

1. Keluhan Utama :

2. Etiologi Diagnosa :

3. Diagnosa :

4. Jenis Pemeriksaan :

5. Terapi &amp; Tindakan Pengobatan :

6. Apakah diagnosa tersebut berhubungan dengan hal-hal berikut (pilih v jika berhubungan)

  
  

Kelainan Bawaan

Hormonal

Kehamilan/Persalinan

  
  

Kosmetik

Kejiwaan/Psikomatis

Refraksi

  
  

HIV/AIDS

Kecelakaan Lalu Lintas

Lainnya,

Dengan ini Saya menyatakan bahwa keterangan diatas adalah yang sebenar-benarnya dan selengkap-lengkapny menurut sepengetahuan Saya dan catatan medis Pasien.

Ditandatangani di:

Nama &amp; Alamat Rumah Sakit/Klinik

Stempel Rumah Sakit

Tanggal:

 -  - 

Tandatangan dan Nama Dokter