



# Laporan Klaim Asuransi Hospital Cash Plan

Hospital Cash Plan Insurance Claim Form

Setiap pertanyaan harus dijawab dengan lengkap, akurat dan itikad baik  
Each item should be completed correctly and in good faith

Tanggal  
Date

1. Nama dan alamat Tertanggung  
Name & address of Insured

2. Nomor KTP/Paspor  
KTP/Passport number

3. Nomor polis/sertifikat  
Policy number

4. Tanggal rawat inap/kecelakaan  
Date of hospitalization/accident

5. Riwayat penyakit/peristiwa terjadinya kecelakaan  
Details of illness/cause of accident

6. Mohon informasikan jika  
Please advise if

Anda dirawat di rumah sakit  
You were hospitalized

Anda menjalani prosedur operasi  
You had a surgery

Anda dirawat di ICU  
You were in ICU

Anda membutuhkan perawatan lanjutan  
You will have follow-up care

Mulai tanggal Date from	Sampai tanggal Date to

7. Daftar dokumen pendukung\*  
Supporting documents checklist\*

\*Dokumen lain yang diminta oleh Roojai - any other documents requested by Roojai

Fotokopi KTP/Passport  
Copy of KTP/Passport

Fotokopi hasil baca laboratorium/pemeriksaan penunjang  
Copy of laboratorium result

Fotokopi kwitansi & perincian biaya  
Copy of invoice & receipt details

Fotokopi resume medis  
Copy of medical resume

2. Nama pemilik rekening Bank account owner\*

Nama bank Bank name

Nomor rekening Account number

\*Nama pemilik rekening & Tertanggung harus orang yang sama - Bank account name & Insured should be the same person

Pembayaran klaim akan dilakukan dalam 10 hari kerja setelah semua dokumen lengkap diterima dan jika tidak dilakukan penelusuran medis lanjutan. Claim payment will be made within 10 working days after all necessary documents have been completed and received, and if there's no further medical verification required.

**9. Surat pernyataan Bertanggung jawab dalam hal penyerahan dokumen klaim asuransi HCP secara online**  
*Declaration by Insured in submission of online claim documents for HCP claim*

**Saya yang bertanda tangan di bawah ini, menyetujui ketentuan berikut untuk menyerahkan dokumen klaim terlampir yang diserahkan secara online untuk pengajuan klaim asuransi Hospital Cash Plan oleh Roojai.**

*I, agree to the following conditions for the submission of the attached claim documents submitted online in making a HCP claim with Roojai.*

**1. Saya setuju bahwa jika Roojai meminta saya untuk menyerahkan dokumen klaim asli ini bahkan setelah klaim ini telah dibayar & diselesaikan, saya harus menyerahkannya dalam waktu yang ditentukan.**

*I agree that should Roojai require me to submit these original claim documents even after this claim has been paid & settled, I must submit it within the specified time.*

**2. Saya setuju untuk mengembalikan klaim yang sudah saya terima termasuk biaya lain yang dikeluarkan oleh Roojai jika saya tidak menyerahkan dokumen, terjadi pemalsuan atau terdapat perbedaan antara dokumen klaim yang diajukan dan salinan tagihan asli.**

*I agree to repay all reimbursement amount received by me along with recovery costs incurred by Roojai to make the recovery, in case of non-submission, forgery, or discrepancy between the submitted claim documents and the original copies of the bills.*

**3. Roojai berhak untuk menerima kembali klaim yang sudah dibayarkan jika terjadi kesalahan penyajian fakta atau penipuan dalam menyelesaikan klaim.**

*Roojai reserves its right to recover the settled amount in case of any misrepresentation of facts or fraud is committed in settling the claim.*

**4. Pernyataan Pasien: Dengan ini saya memberikan kuasa kepada setiap dokter, rumah sakit, klinik, perusahaan asuransi atau setiap organisasi, lembaga atau orang untuk memberikan keterangan selengkapnya tentang kesehatan saya termasuk seluruh riwayat medis dan informasi tagihan saya terkait dengan perawatan di rumah sakit/operasi ini kepada PT Roojai Services Indonesia. Selanjutnya saya menyetujui semua informasi dan catatan medis tersebut untuk diungkapkan kembali kepada para penanggung, penanggung kembali, penasihat hukum, pemberi kerja saya, para agen/pialang, dan para pihak ketiga lainnya terkait dengan klaim asuransi saya. Salinan otorisasi ini berlaku dan sah sesuai dengan aslinya. Saya dengan ini menyatakan bahwa seluruh informasi yang saya berikan dalam formulir ini adalah benar dan sesuai, dan Saya memiliki wewenang untuk menandatangani formulir ini sebagai pasien yang ditanggung oleh PT Roojai Services Indonesia (perwakilan resmi dari PT Sampo Insurance Indonesia).**

*Patient Declaration: I hereby authorize any physician, hospital, clinic, insurance company or any organization, institutions, person to give full particulars about my health including my/ward's whole medical history and billing information in respect of this hospitalization/surgery to PT Roojai Services Indonesia. I further consent to the redisclosure of all such medical information & records to insurer(s), solicitors, my employer, agents/brokers & other third parties in connection with my insurance claims. A duplicate of this authorization shall be as effective and valid as the original.*

*I hereby declare that any information provided in this form is true and correct, and I have the authority to sign this form as a patient which covered by PT Roojai Services Indonesia (authorized representative of PT Sampo Insurance Indonesia).*

**Tanda tangan digital & nama jelas**  
*E-signature & name*



**Kirim email**  
*Send email*