



# Laporan Klaim Asuransi Penyakit Kritis

Critical Illness 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 pertama muncul gejala  
Date of first symptom

5. Jelaskan tentang gejala - Describe symptoms

6. Diagnosa dokter - Doctor's diagnosis

7. Tindakan yang dilakukan - Treatment given/Surgery perform

8. 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

Rekam medis asli  
Original medical resume

Kwitansi asli & perincian biaya  
Original receipts & receipt's detail

Fotokopi hasil laboratorium, diagnosa, X-ray, yang berhubungan dengan tindakan  
Copies of laboratory, diagnostic tests, X-rays, etc. related to the treatment

Silahkan kirim dokumen asli dan laporan klaim lengkap ke alamat kantor kami  
Please send your original hard copy documents and completed claim form to our office address.

9. 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 30 hari kerja setelah semua dokumen lengkap diterima dan jika tidak dilakukan penelusuran medis lanjutan. Claim payment will be made within 30 working days after all necessary documents have been completed and received, and if there's no further medical verification required.

10. 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).*

Dibuat dengan sebenarnya di  
Made up with good faith at

Tanda tangan digital & nama jelas  
E-signature & name



Kirim email  
Send email