

Manulife Financial

PT AJ Manulife Indonesia
Sampoerna Strategic Square, South Tower, 3rd-17th floor, Jl. Jend. Sudirman Kav. 45, Jakarta 12930
Tel : (62) 21. 25557777, Fax : (62) 21. 25557799
E-mail : qlh_cs_id@manulife.com

FORMULIR KLAIM RAWAT JALAN ASURANSI KUMPULAN GROUP OUTPATIENT INSURANCE CLAIM FORM

PETUNJUK PENGAJUAN KLAIM / *GUIDELINE OF CLAIM SUBMISSION*

1. Formulir ini harus diisi dengan lengkap, benar dan jelas. Klaim hanya dapat diproses bila semua dokumen telah dilampirkan. / *This Form should be filled in correctly, completely and clearly. Claim is only going to be processed if all supporting documents are attached*
2. Klaim dapat diteliti hanya bila semua dokumen pengajuan klaim (formulir klaim, kwitansi asli dengan perinciannya, copy resep obat-obat, hasil pemeriksaan penunjang diagnostik) telah dilampirkan dengan lengkap. / *For the purpose of medical claim, all original receipts, details of treatment, copy of medicine prescription and other supporting examinations should be attached*

BAGIAN A. KETERANGAN TERTANGGUNG/INFORMATION OF INSURED *(diisi oleh peserta yang meng-klaim/filled in by claimant)*

Pemegang Polis / : <i>Policy holder</i>	Nomor Polis / : <i>Policy Number</i>
Nama Karyawan / : <i>Employee's Name</i>	<i>Diisi bila pasien adalah keluarga karyawan / :</i> <i>Filled in if patient is employee's family member</i>
Jabatan / : <i>Position</i>	Nama Pasien : <i>Patient's Name</i>
Tanggal Lahir / : <i>Date of Birth</i>	Hubungan Keluarga : <input type="checkbox"/> istri/ <input type="checkbox"/> suami/ <input type="checkbox"/> anak/ <i>Wife Husband Child</i>
Nomor sertifikat / : <i>Certificate number</i>	Tanggal lahir : <i>Date of Birth</i>
	Nomor Sertifikat : <i>Certificate number</i>

PERNYATAAN PEMBERIAN KUASA / POWER OF ATTORNEY

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan benar. Dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap Dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, perusahaan asuransi dan badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan kesehatan saya untuk memberitahukan kepada PT. Asuransi Jiwa Manulife Indonesia atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan saya. Copy dari pernyataan ini sama kuat dan sahnyanya seperti aslinya. / *I declare that I have read, understood and answered all the questions above completely and correctly. I hereby authorize any physician, clinic, hospital, public health center, insurance company, legal institution, personal or other organizations that has any records or information on the health of participant to inform PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia or its authorized, any explanation about my health-condition. A photographic copy of this statement should be as valid and legal as the original.*

Ditandatangani di/Sign In tanggal/dated.....

Dibuat oleh,/Made by

.....
(tanda tangan, nama jelas & stempel Perusahaan)
(signature, name, stamp of company)
Jabatan/Position :

.....
(tanda tangan, nama jelas karyawan/keluarga karyawan)
(signature, name of employee/employee family)

- Formulir ini berlaku juga untuk klaim perawatan gigi dan kacamata, sesuai dengan pertanggungjawaban peserta dalam polis / *This claim form can be used for treatment that related to Dental and Vision, according to Participant's benefit in policy.*

BAGIAN B. KETERANGAN DOKTER/MEDICAL RESUME (diisi oleh dokter yang merawat/ Filled in by doctor-in-charge)

RESUME MEDIS / <i>MEDICAL RESUME</i>	
Tanggal pelayanan/ <i>Date of Treatment</i> :(tanggal / bulan / tahun) <i>(date / month / year)</i>
Anamnesa / <i>Symptoms</i> :
Diagnosis lengkap / <i>Diagnose</i> : <i>(sebutkan Gigi yang menderita sakit tersebut/ Stated number of teeth)</i>
Penyakit ini termasuk / <i>This illness is due to categorized as</i>	<input type="checkbox"/> Tumor/ <i>Tumour</i> <input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan/ <i>Congenital</i> <input type="checkbox"/> Kejiwaan/ <i>Psychiatric</i> <input type="checkbox"/> Kelamin/ <i>STD</i> <input type="checkbox"/> Kehamilan/ <i>Pregnancy</i> <input type="checkbox"/> Kelainan Tumbuh Kembang/ <i>Development Disorder</i> <input type="checkbox"/> Lainnya /..... <i>Others</i>
Tindakan Medis / <i>Medical Treatment</i> : <i>(Jika tindakan lebih dari 1,Harap dilampirkan Perincian Biaya/If medical treatment more than one, please give the details)</i>
Indikasi Tindakan / <i>Indication</i>	: <input type="checkbox"/> Indikasi Medis / <i>Medical Indication</i> <input type="checkbox"/> Indikasi kosmetik / <i>Cosmetic Indication</i>
Obat – obatan / <i>Medicine</i>	:
Pemeriksaan Penunjang / <i>Additional Examination</i>	:
Vaksinasi / <i>Vaccination</i>	: Jenis Vaksinasi / <i>Type of Vaccination</i>
Khusus Gigi / <i>Dental Treatment</i>	: <input type="checkbox"/> Perawatan Karang Gigi <input type="checkbox"/> Tindakan Lain / : <i>Scaling</i> <i>Others</i>
Tanggal Kontrol kembali / <i>Date Of next Consultation</i>	:

INFORMASI PEMBERI PELAYANAN KESEHATAN / <i>INFORMATION OF HEALTH INSTITUTION</i>		
<p>Saya, sebagai dokter yang merawat pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar / I, as a doctor who treat the patient, certify that I have read and answered the above questions completely and correctly</p>		
Nama Dokter / <i>Name of Doctor</i>	:	
Lokasi Pelayanan / <i>Location</i>	: <input type="checkbox"/> Praktek Pribadi / <i>Practitioner</i> <input type="checkbox"/> Klinik / <i>Clinic</i> <input type="checkbox"/> Rumah Sakit / <i>Hospital</i>	
Alamat Lengkap / <i>Address</i>	:	
	Kota/ <i>City</i> :No. Telepon/ <i>Phone No.</i>	
_____	_____	_____
Tempat & Tanggal <i>Place & Date</i>	Tandatangan & Nama Dokter <i>Signature & Name of Doctor</i>	Cap Rumah Sakit <i>Stamp of Hospital</i>