

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 dilengkapi. / *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 diproses hanya bila semua dokumen pengajuan klaim (formulir klaim, kuitansi asli dengan perincian, fotokopi resep obat-obat, dan hasil pemeriksaan penunjang diagnostik) telah dilampirkan dengan lengkap. / *Claim can be examine if all claim submission (claim form, original receipt with the details of treatment, copy of medicine prescription and other supporting diagnostic examinations result) are completely attached.*

BAGIAN A. KETERANGAN KEPESERTAAN POLIS / INFORMATION OF PARTICIPANT

(diisi oleh peserta / pihak yang mengajukan klaim / filled in by claimant)

Pemegang Polis <i>Policy holder</i> :	Nomor Polis <i>Policy number</i> :
Nama Karyawan : <i>Employee's Name</i>	Diisi bila pasien adalah keluarga karyawan : <i>To be filled should the patient is the employee's family member</i>
Tanggal Lahir : <i>Date of Birth</i>	Nama Pasien : <i>Patient's Name</i>
Nomor sertifikat : <i>Certificate number</i>	Hubungan Keluarga : <input type="checkbox"/> <i>istri</i> <input type="checkbox"/> <i>suami</i> <input type="checkbox"/> <i>anak</i> <i>wife</i> <i>husband</i> <i>child</i>
Nomor sertifikat : <i>Certificate number</i>	Tanggal lahir : <i>Date of Birth</i>
Nomor sertifikat : <i>Certificate number</i>	Nomor sertifikat : <i>Certificate number</i>

PERNYATAAN PEMBERIAN KUASA POWER OF ATTORNEY

Saya menyatakan bahwa: (i) Saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. Dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap Dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, perusahaan asuransi, badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan kesehatan saya untuk memberitahukan kepada PT. AJ Manulife Indonesia atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan saya. Salinan dari pernyataan ini sama kuat dan sah seperti kuasa aslinya; dan (ii) Saya/Kami, sebagai Peserta/Tanggungans, Pemegang Polis, dan/atau Pengurus Administrasi, dengan ini memberikan kuasa yang tidak dapat ditarik kembali kepada PT AJ Manulife Indonesia ("Penanggung") dengan hak substitusi untuk menggunakan, mengungkapkan, menyediakan data/informasi mengenai Saya/Kami yang diperoleh dan dikumpulkan oleh Penanggung atau afiliasinya kepada pihak berkepentingan (termasuk namun tidak terbatas pada pihak reasuransi, penyidik klaim, bank lembaga keuangan, asosiasi industri dan badan hukum lain, baik di dalam maupun di luar negeri) baik yang memiliki kerjasama atau tidak dengan Penanggung atau afiliasinya untuk tujuan pembayaran klaim dan/atau melakukan proses lainnya yang terkait dengan Polis dan/atau Kepesertaan Saya/Kami maupun untuk penawaran produk asuransi atau produk keuangan lain untuk tujuan pencegahan anti pencucian uang, suap dan anti-teroris atau terkait dengan sanksi ekonomi, yang berkaitan dengan pidana/perdata atau proses arbitrase, investigasi, audit atau pemeriksaan (termasuk penyidikan internal, audit atau pemeriksaan) yang Penanggung, afiliasi, karyawan atau agen dikenakan atau untuk tujuan lain sebagaimana yang diperkenankan oleh pedoman Penanggung dan kode etik Penanggung, hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku; (iii) Saya juga memberikan persetujuan saya kepada PT AJ Manulife Indonesia atau mereka yang diberikan kuasa olehnya untuk memberikan informasi medis milik saya kepada Departemen Sumber Daya Manusia pada perusahaan saya, broker asuransi dan/atau Forum Klaim Indonesia.

I declare that: (i) 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 organization that has any record or information on the health of participant to inform PT AJ Manulife Indonesia or proxy, any explanation about my health-condition. A copy of this statement will be valid and true as the original; (ii) I/We, as Participant/Dependant, Policy Holder, and/or Administration staff, authorize the PT AJ Manulife Indonesia ("Insurer") with an irrevocable substitution right to use, disclose, provide data/information regarding me/us that were/are obtained and collected by the insurer or its affiliates to interested parties (including but not limited to the reinsurance, claims investigators, bank/financial institutions, industry associations and other legal entities, both within and outside the country) whether or not having cooperation with the insurer or its affiliates for the purpose of processing the payment of claim and/or performing other processes associated with my/our policy and/or membership and to offer insurance products or other financial products, for the purpose of prevention of anti-money laundering, bribery and anti terrorist or relating to economic sanctions, relating to any criminal/civil or arbitral proceedings, investigations, audits or reviews (including internal investigations, audits or reviews) to which Insurer, its affiliation, employee or agent is subject to or for other purposes as permitted by the applicable Insurer guidelines and Insurer codes of conduct, law and regulations; and (iii) I also give my consent to PT AJ Manulife Indonesia or its proxy to provide my own medical information to Human Resources Department of my company, insurance broker and/or any Indonesian Claim Forum.

Ditandatangani di / Sign in
Dibuat oleh / Made by

Tanggal / Dated

.....
(Tanda tangan, nama jelas & stempel Perusahaan)
(Signature, name, stamp of company)

.....
(Tanda tangan, nama jelas karyawan/keluarga karyawan)
(Signature, name of employee / employee's family)

Jabatan / Position :

Formulir klaim ini berlaku juga untuk klaim perawatan gigi dan kacamata, sesuai dengan pertanggungans 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 / *MEDICAL RESUME*

Tanggal Pelayanan / *Date of Treatment* : (tanggal / bulan / tahun)
 (date / month / year)

Anamnesa / *Symptoms* :

Diagnosis Lengkap / *Complete Diagnose* :
 (sebutkan nomor seri Gigi yang menderita sakit tersebut / *Please state the serial number of the teeth*)

Penyakit ini termasuk / *This illness is categorized as* : Tumor Kelainan Bawaan Kejiwaan Kelamin Kehamilan
Tumor Congenital Psychiatric STD Pregnancy
 Kelainan Tumbuh Kembang Lainnya
Development Disorder Others

Tindakan Medis / *Medical Treatment* :
 (Jika tindakan medis lebih dari 1 (satu), harap melampirkan perincian biaya / *If the medical treatment is more than 1 (one), please attached the details of receipt*)

Indikasi Tindakan / *Indication* : Indikasi Medis Indikasi Kosmetik
Medical Indication Cosmetic Indication

Obat-Obatan / *Medicine* :

Pemeriksaan Penunjang / *Supporting Examination* :

Vaksinasi / *Vaccination* : Jenis Vaksinasi
Type of Vaccination

Khusus Perawatan Gigi / *Special Dental Treatment* : Perawatan Karang Gigi Tindakan Lain :
Scaling Treatment Other Treatment

Tanggal Kontrol kembali / *Date of next Consultation* :

INFORMASI PEMBERI PELAYANAN KESEHATAN / *INFORMATION OF HEALTH INSTITUTION PROVIDER*

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*

Nama Dokter / *Name of Doctor* :

Spesialis / *Specialist* :

Lokasi Pelayanan / *Location* : Praktek Pribadi Klinik Rumah Sakit
Practitioner Clinic Hospital

Alamat Lengkap / *Full Adress* :

Kota / *City* : No. Telepon / *Phone No.*

Tempat & Tanggal / *Place & Date*

Tanda tangan & Nama Dokter / *Signature & Name of Doctor*

Cap Rumah Sakit / *Hospital Stamp*