

FORMULIR KLAIM PERAWATAN RUMAH SAKIT DAN PEMBEDAHAN ASURANSI KUMPULAN GROUP HOSPITALIZATION AND SURGERY INSURANCE CLAIM FORM

PELUNJUK PENGAJUAN KLAIM / GUIDELINE OF CLAIM SUBMISSION

- 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 all supporting documents are attached.*
- Klaim dapat diproses hanya bila semua dokumen pengajuan klaim (formulir klaim, kuitansi asli dengan perinciannya, fotokopi resep obat-obat, dan hasil pemeriksaan penunjang diagnostik) telah dilampirkan dengan lengkap. / *Claim can be examined if all claim submission (claim form, original receipt with the details of treatment, copy of medicine prescription and other supporting diagnostic examination 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> : Tanggal Lahir <i>Date of Birth</i> : Nomor Sertifikat <i>Certificate Number</i> :	Diisi bila pasien adalah keluarga karyawan: <i>Filled in if patient is employee's family member:</i> Nama Pasien <i>Patient's Name</i> : Hubungan Keluarga <i>Relationship</i> : <input type="checkbox"/> istri / <input type="checkbox"/> suami / <input type="checkbox"/> anak <i>wife / husband / child</i> Tanggal Lahir <i>Date of Birth</i> : Nomor Sertifikat <i>Certificate Number</i> :
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Apakah klaim ini juga diajukan kepada Asuransi Individu PT AJ Manulife Indonesia atau perusahaan asuransi lain? <i>Is this claim also submitted to individual insurance of PT AJ Manulife Indonesia or other insurance company</i>	<input type="checkbox"/> Ya / <input type="checkbox"/> Tidak <i>Yes / No</i>
Nama Perusahaan Asuransi <i>Name of Insurance Company</i> : Alamat lengkap <i>Full address</i> : Nomor Polis <i>Policy number</i> :	

Bila pengajuan klaim ini disetujui, maka pembayaran klaim akan dilakukan sesuai data nomor rekening yang sudah diberikan oleh Pemegang Polis. Bila ada perubahan, mohon memberikan surat pernyataan. / *If this claim is approved, the claim payment will be transferred to the account number that has been given by the Policyholder. If there any changes, please provide the statement letter signed by Policyholder.*

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/Tanggung-an, 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 <i>Dated</i> :
..... (Tanda tangan, Nama jelas & Stempel perusahaan) <i>(Signature, Name, Stamp of company)</i> (Tanda tangan, Nama jelas karyawan/keluarga karyawan) <i>(Signature, Name of employee/employee's family)</i>
Jabatan / Position :	

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

RESUME MEDIS
MEDICAL RESUME

Nama Pasien / Patient's Name :

Jika pasien tidak dirawat, apakah pasien mendapatkan perawatan di ruang Unit Gawat Darurat (UGD)? Ya / Yes Tidak / No
If patient is not hospitalized, did patient have Emergency Room (ER) treatment?

Masuk UGD, pukul / Admitted to ER, time : **Keluar UGD, pukul** / Discharge from ER, time :

Tindakan yang dilakukan / Action taken :

Tanggal perawatan / Date of hospitalization : **s/d (To)** :

Gejala pada saat masuk RS / Symptoms when entering the Hospital :

Tanggal gejala pertama kali diketahui / Date of symptom was first acknowledged :

Pasien pertama kali berobat untuk penyakit tersebut / First medical treatment related to the illness :

Tanggal / Date :

Nama Dokter / Name of Doctor :

Alamat lengkap / Full Address :

Penyakit ini terjadi karena / tergolong / This illness is due to the categorized as :

Kecelakaan / Accident Kehamilan / Pregnancy Kejiwaan / Psychiatric Kelainan bawaan / Congenital

Lain-lain / Others :

Pemeriksaan fisik dan jenis pemeriksaan penunjang yang dilakukan :
Physical examination and detail of diagnostic examination :

.....

Diagnosa / Diagnose :

Obat-obat yang diberikan / Treatment :

Operasi / Surgery :

Jika dirawat oleh lebih dari 1 (satu) dokter, sebutkan nama dokter dan spesialisasinya :
If the patient was taken care by more than 1 (one) doctor , please state the name and the specialization of the doctor :

.....

Apakah pasien pernah konsultasi / dirawat sebelumnya? Ya / Yes Tidak / No
Have the patient ever been consult / hospitalized before?

Bila "YA"; jawab pertanyaan a, b, c & d / if "Yes" please answer a, b, c & d

a. Tanggal / Date :

b. Diagnosa / Diagnose :

c. Nama Dokter / Name of Doctor :

d. Nama Rumah Sakit / Name of Hospital :

INFORMASI PEMBERI LAYANAN 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 :

.....

Tempat & Tanggal / Place & Date :

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

Cap Rumah Sakit / Hospital Stamp :

WAJIB melampirkan Dokumen Pengajuan Klaim/Claim Documents that must be submitted:

- Formulir Klaim yang di isi lengkap/Claim Form which is already filled in completely
- Kuitansi Pembayaran Asli/Original Official Receipt
- Copy hasil pemeriksaan Diagnostik (Laboratorium, Rontgen, CT Scan, EKG, MRI, dll) / Copy of diagnostic examination result (Laboratory test, Rontgen, CT Scan, ECG, MRI, etc)
- Salinan resep/Copy of prescription
- Perincian Biaya/Detail Cost