

FORMULIR KLAIM ASURANSI KESEHATAN KUMPULAN
GROUP HEALTH INSURANCE CLAIM FORM

PETUNJUK 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 will only be processed if all supporting documents are attached
- Mohon mengisi dengan tinta hitam, huruf kapital, jelas dan memberi tanda (V) pada kotak jawaban yang sesuai
Please fill in by using black ink, in capital letters, clear and mark (V) in the appropriate answer box
- Jika terjadi salah penulisan, mohon untuk tidak dihapus melainkan dicoret dan bubuhkan tanda tangan di sebelahnya sesuai dengan kartu identitas diri yang dilampirkan
If there is a mistake, please do strikethrough and don't delete, you are required to affix your signature next to correction. Your signature (as provided in ID Card) is required to be affixed next to the strikethrough.

DOKUMEN YANG WAJIB DILAMPIRKAN
REQUIRED DOCUMENTS TO BE ATTACHED

- Formulir Klaim Asuransi Kesehatan yang dikeluarkan oleh PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA dan telah diisi dengan lengkap, benar, dan jelas oleh Peserta (asli);
Health Insurance Claim Form issued by PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA and has been filled out completely, correctly, and clearly by the Participant (original)
- Rincian tagihan dan kuitansi, termasuk di dalamnya rincian obat-obatan, dengan stempel/cap rumah sakit/klinik (asli);
Details of invoices and receipts, including details of medicines, with a hospital/clinic stamp (original)
- Surat rujukan dokter/dokter gigi untuk pemeriksaan diagnostik dan/atau fisioterapi, jika dilakukan pemeriksaan diagnostik dan/atau fisioterapi (salinan);
Doctor's/dentist's referral letter for diagnostic and/or physiotherapy, if the diagnostic and/or physiotherapy is done (copy)
- Seluruh hasil pemeriksaan diagnostik, jika dilakukan pemeriksaan diagnostik (salinan);
All results of diagnostic tests, if diagnostic tests are performed (copy)
- Bukti identitas diri dan kartu peserta (salinan), berupa Kartu Tanda Penduduk Elektronik (e-KTP) atau Paspor yang dilengkapi dengan Kartu Ijin Tinggal Terbatas (KITAS) atau Kartu Ijin Tinggal Tetap (KITAP) bagi warga negara asing atau keterangan lain yang diterbitkan oleh pihak yang berwenang, Akta Kelahiran apabila peserta berusia di bawah 17 tahun, Kartu Keluarga;
Identity Card (original or legalized copy) or Passport including Temporary or Permanent Residence Permit for foreigner or other information issued by authorized institution, Birth Certificate of Participant if under 17 years old, Family Card
- Surat keterangan kecelakaan dari kepolisian untuk kasus kecelakaan (asli atau salinan yang dilegalisir).
Accident certificate from the police for accident cases.

DATA PEMEGANG POLIS
POLICYHOLDER DATA

Nama Pemegang Polis : Nama Kontak Penghubung Asuransi (PIC) :
Policyholder name PIC of Insurance Name
Nomor Polis : Nomor Telepon PIC :
Policy Number PIC Telephone Number
Alamat Korespondensi : No Telepon Kantor :
Correspondence Address Office Telephone No
Kota : Kode Pos : Provinsi :
City Post Code Province

DATA PESERTA
PARTICIPANT DATA

Nama Karyawan : Nama Peserta :
Employee's Name Participant's Name
Nomor NPWP : Jenis Kelamin : Pria Wanita
Indonesian Tax ID Number Sex Male Female
No Telepon Rumah/Kantor : Tempat, Tanggal Lahir : / / (tgl/bln/thn)
Home/Office Telephone No Place, Date of Birth (dd/mm/yyyy)
Telepon Seluler : Hubungan Karyawan dengan Pasien :
Cellphone Relationship Between Employee and Participant
Alamat Tinggal Lengkap Sesuai Dengan Identitas Diri :
Residence Address in Accordance with ID Card
Kota : Kode Pos : Provinsi :
City Post Code Province

DENGAN INI MENGAJUKAN MANFAAT ASURANSI KESEHATAN UNTUK :
HEREBY USING HEALTH INSURANCE BENEFIT FOR :

- Rawat Inap&Pembedahaan Rawat Jalan Rawat Gigi Kacamata Melahirkan
Hospital&Surgery Outpatient Dental Glasses Maternity

JIKA PESERTA JUGA MELAKUKAN KLAIM TERHADAP PERUSAHAAN ASURANSI LAIN
IF PARTICIPANT ALSO CLAIMS TO OTHER INSURANCE COMPANY

No	Other Insurance Name <i>Nama Asuransi Lain</i>	Nama Produk Asuransi <i>Insurance Product Name</i>	Nomor Polis <i>Policy Number</i>	Jumlah Uang Pertanggungan <i>Sum Insured</i>
1.				(IDR/CNY/USD)
2.				(IDR/CNY/USD)
3.				(IDR/CNY/USD)
4.				(IDR/CNY/USD)
5.				(IDR/CNY/USD)

PEMBAYARAN MANFAAT ASURANSI
INSURANCE BENEFIT PAYMENT

Nama Bank :	Nomor Rekening :
Bank Name :	Account Number :
Cabang Bank :	Nama Pemilik Rekening :
Bank Branch :	Account Holder Name :
Alamat Bank :	Mata Uang : <input type="checkbox"/> USD <input type="checkbox"/> CNY <input type="checkbox"/> IDR
Bank Address :	Currency : <i>US Dollar</i> <i>Chinese Yuan (RMB)</i> <i>Rupiah</i>

PERSETUJUAN TENTANG DATA PRIBADI
CONSENT ON PERSONAL DATA

- Saya bersedia untuk menerima penawaran produk yang dikeluarkan dan/atau layanan yang diberikan oleh PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA melalui sarana komunikasi pribadi Saya, seperti telepon, short message service (SMS), email, faksimili dan sarana pribadi lainnya.
I am willing to accept product offers issued and / or services provided by the PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA through my personal communication facilities, such as telephone, short message service (SMS), fax, e-mail and other personal facilities
- Saya memperkenankan PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA untuk memberi data dan/atau informasi pribadi saya yang tercatat di PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA kepada pihak ketiga dalam rangka pelaksanaan kegiatan usaha PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA
I allow the Company to provide data and / or my personal information recorded in the PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA to the third party in the context of carrying out the Company's business activities
- Saya memahami bahwa PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA mengumpulkan dan menyimpan data pribadi Pemegang Polis, dan Peserta atau Penerima Manfaat untuk menyediakan, mengelola, mengembangkan dan menawarkan berbagai jasa atau produk asuransi kepada Pemegang Polis, di mana penawaran produk tersebut dapat dilakukan oleh PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA sendiri maupun mitra distribusi PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA. PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA akan melakukan analisa data terhadap data pribadi Pemegang Polis, dan Peserta atau Penerima Manfaat, baik analisa tersebut dilakukan oleh PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA sendiri ataupun PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA menunjuk pihak ketiga di dalam maupun di luar Indonesia. PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA juga akan menyimpan data pribadi Pemegang Polis, seperti nama, alamat, nomor email dan data transaksi sebagaimana disyaratkan oleh peraturan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia. Pemegang Polis memahami dan menyetujui bahwa PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA dapat melaksanakan hal-hal di atas.
I understand that the PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA collects and stores personal data of Policyholder, and the Participant or Beneficiaries to provide, manage, develop and offer various insurance products or services to Policyholder, where the product offerings can be carried out by the PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA itself or distribution partners PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA. PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA will analyze the data on the personal data of the Policyholder, and the Participant or Beneficiary, whether the analysis is carried out by PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA or PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA appoints third parties inside and outside Indonesia. PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA will also store policyholder personal data, such as name, address, email number and transaction data as required by the laws and regulations in force in Indonesia. The Policyholder understands and agrees that PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA can carry out the above matters.

PERNYATAAN DAN SURAT KUASA
DECLARATION AND POWER OF ATTORNEY

Saya menyatakan bahwa :

I declare that :

- i) Saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar, tidak ada keterangan atau informasi yang saya sembunyikan;
I have read, understood and answered all questions above completely and correctly;
- (ii) 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 Peserta untuk memberitahukan kepada PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan Peserta. Salinan dari pernyataan ini sama kuat dan sah seperti kuasa aslinya;
I hereby authorize any physician, clinic, hospital, public health center, insurance company, legal institution, personal or other organizations that have any records or information on the health of Participant to inform PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA or its affiliation/s, any explanation about Participant's health condition. A copy of this statement will be valid and true as the original;
- iii) Saya memberikan kuasa dan persetujuan kepada PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA atau pihak yang diberikan kuasa olehnya untuk menyediakan informasi mengenai Peserta yang diperoleh dan dikumpulkan oleh PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA atau afiliasinya kepada pihak berkepentingan (termasuk namun tidak terbatas pada reasuransi, penyidik klaim dan asosiasi industri) yang memiliki kerjasama dengan Perusahaan untuk tujuan memproses formulir ini dan/atau memproses pembayaran klaim dan/atau melakukan proses lainnya yang terkait dengan Peserta;
I authorize and give my consent to PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA or its affiliation/s to provide to any party (including but not limited to: reinsurance, claim investigator and/or industry association) that has cooperation with PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA for the purpose of processing this form and/or processing claim payment and/or processing other process related to Participant's policy;
- iv) Saya juga memberikan persetujuan saya kepada PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA atau mereka yang diberikan kuasa olehnya untuk memberikan informasi medis milik Peserta kepada Departemen Sumber Daya Manusia pada perusahaan Peserta, broker asuransi dan/atau Forum Klaim Indonesia;
I also give my consent to PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA or its affiliation to provide Participant's medical information to Human Resources Department of Participant's company, insurance broker and/or any Indonesian Claim Forum;
- v) Apabila di kemudian hari diketahui bahwa keterangan dan/atau pernyataan dan/atau pemberitahuan yang disampaikan ternyata keliru, atau ditemukan adanya dokumen lain yang sah secara hukum dapat membatalkan dokumen yang telah diberikan, maka saya mengerti bahwa pengajuan ini akan batal demi hukum;
If in the future, it is proven that information given in this form is not accurate, or it is found that other documents which are legally valid can cancel the document that has been given, I understand that this claim is declared void;
- vi) Saya memahami bahwa PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA dapat meminta dokumen asli atas pemberian kuasa sebagaimana dimaksud dalam poin (ii) dan (iii).
I understand that the PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA may request original documents for authorization as referred to points (ii) and (iii).

PERSETUJUAN
CONSENT

Saya menyatakan bahwa saya telah mengisi seluruh data dan informasi dengan benar; telah membaca, memahami dan menyetujui seluruh syarat dan ketentuan sebagaimana dinyatakan pada formulir ini; dan menandatangani formulir ini dalam keadaan sadar serta tanpa paksaan. Segala risiko yang mungkin timbul sehubungan dengan pengajuan ini adalah tanggung jawab saya sepenuhnya.

I certify that I have read, understood and agreed to all the terms and condition above. All risk that arise include those caused because this Form was signed in a blank/incomplete condition, which is my responsibility as a policyholder.

Ditandatangani Di :

Signed In

Tanggal : / / (tgl/bln/thn)
Date (dd/mm/yyyy)

Yang Menyatakan
Declared By

(Tanda Tangan, Nama Jelas Pemegang Polis, Jabatan)
(Signature, Name of Policyholder, Position)

(Tanda Tangan, Nama Jelas Peserta)
(Signature, Name of Participant)

SURAT KETERANGAN DOKTER KLAIM ASURANSI KESEHATAN
ATTENDING DOCTOR'S STATEMENT FOR HEALTH INSURANCE

PETUNJUK PENGAJUAN KLAIM

GUIDELINE OF CLAIM SUBMISSION

- Formulir ini harus diisi dengan lengkap, benar dan jelas oleh dokter yang merawat atau dokter yang ditunjuk oleh PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA
This form should be filled in correctly, completely and clearly by the attending doctor or doctor appointed by PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA
- Mohon mengisi dengan menggunakan tinta hitam, huruf kapital, jelas dan memberi tanda (V) pada kotak jawaban yang sesuai.
Please fill in by using black ink, in capital letters, clear and mark (V) in the appropriate answer box
- Jika terjadi salah penulisan, mohon untuk tidak dihapus melainkan dicoret dan bubuhkan tanda tangan di sebelahnya sesuai dengan kartu identitas diri yang dilampirkan.
If there is a mistake, please do strikethrough and don't delete, you are required to affix your signature next to correction. Your signature (as provided in ID Card) is required to be affixed next to the strikethrough.

IDENTITAS DOKTER YANG MERAWAT
ATTENDING DOCTOR'S IDENTITY

Nama Lengkap : **Telepon Rumah/Kantor** :
Full Name *Home/Office Telephone Number*

Nama Rumah Sakit : **Telepon Seluler** :
Hospital Name *Cellphone*

Alamat Tempat Tinggal Dokter :
Address of Doctor's Residence :
 Kota : Kode Pos : Provinsi :
City *Post code* *Province*

KETERANGAN DOKTER (Diisi oleh Dokter yang Merawat)
MEDICAL RESUME (to be Completed by the Attending Doctor)

Nama Pasien : **Tanggal Mulai Perawatan** : / / (tgl/bln/thn)
Name of the Patient *Admission Date* (dd/mm/yyyy)

Tanggal Lahir : / / (tgl/bln/thn) **Tanggal Akhir Perawatan** : / / (tgl/bln/thn)
Date of Birth (dd/mm/yyyy) *Discharge Date* (dd/mm/yyyy)

Nomor Rekam Medis : **Jenis Kelamin** : **Pria** **Wanita**
Medical Record Number *Gender* *Male* *Female*

Jenis Pelayanan **Rawat Inap&Pembedahaan** **Rawat Jalan** **Rawat Gigi** **Kacamata** **Melahirkan**
Type of Service *Hospital&Surgery* *Outpatient* *Dental* *Glasses* *Maternity*

Apakah Pasien Dirawat Inap? **Ya, Indikasi Rawat Inap** :
Did the Patient Hospitalize? *Yes, Indication of Hospitalization*

Tidak, Apakah Pasien Mendapat Perawatan di Ruang Gawat Darurat?
No, Did Patient have Emergency Treatment?

Tidak
No

Ya, masuk Ruang Gawat Darurat Pukul : **Keluar Ruang Gawat Darurat Pukul** :
Yes, Admitted to the Emergency Room at *Discharged from Emergency Room at*

Perawatan di Ruang Gawat Darurat :
Treatment in the Emergency Room

Nama dan Spesialisasi Dokter yang Ikut Merawat Pasien : 1. 3.
Name and Specialty of All Treating Doctors 2. 4.

Keluhan Pasien :
Patient's complaints

Tanggal Pertama Kali Pasien Mengalami Gejala atau Keluhan : / / (tgl/bln/thn)
Date of First Initial Sign and Symptoms (dd/mm/yyyy)

Pemeriksaan Fisik yang Didapat :
Physical Examination Result

Hasil Pemeriksaan Penunjang (Termasuk Lab, Xray, CT scan, Patologi, Dll) :
Supporting Examination Result (Including Lab, Xray, CT scan, Pathology Result, Etc)

Diagnosa :
Diagnosis

Tanggal Pertama Kali Diagnosa Ditegakkan : / / (tgl/bln/thn)
Date of First Diagnosis (dd/mm/yyyy)

Apakah Sebelumnya Pasien Pernah Menjalani Konsultasi atau Perawatan Sebelumnya atas diagnosa tersebut?
Has the Patient Ever Been Consulted or Hospitalized Before of the diagnosis?

Ya, Sebagai Berikut:

Yes, as Follows

Kunjungan ke: - <i>Sequence of Visit</i>	1	2	3
Tanggal Kunjungan (tgl/bln/thn): <i>Date of Visit (dd/mm/yyyy)</i>			
Diagnosa: <i>Diagnosis</i>			
Nama Dokter: <i>Name of Doctor</i>			
Nama Rumah Sakit: <i>Name of Hospital</i>			
Alamat Tempat Tinggal Dokter: <i>Address of Doctor's Residence</i>			
Telepon Rumah/Kantor Dokter: <i>Doctor's Home/Office Phone Number</i>			
Telepon Seluler Dokter: <i>Doctor's Cellphone Number</i>			

Tidak
No

Penyakit Lain yang Dialami Pasien yang berhubungan dengan diagnosa :

Other Disease Experienced by the Patient which is related to the diagnosis

No	Nama Penyakit Name of the Disease	Tanggal Pertama Kali Dialami (tgl/bln/thn) Date of First Onset (dd/mm/yyyy)	Nama Dokter Name of the Doctor	Alamat Dokter Address of the Doctor
1				
2				
3				
4				

Diagnosa dan/atau perawatan pasien berkaitan dengan (mohon beri tanda v pada pernyataan yang sesuai) :

Patient's diagnosis and/or treatment is related to (Please Make v Where Applicable)

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> <u>Kecelakaan</u>
<i>Accident</i> | <input type="checkbox"/> <u>Penyakit Menular Seksual</u>
<i>Sexually Transmitted Disease</i> | <input type="checkbox"/> <u>Penyakit Tulang Belakang</u>
<i>Spine Disease</i> | <input type="checkbox"/> <u>Katarak</u>
<i>Cataract</i> |
| <input type="checkbox"/> <u>Fistula Anal/Wasir</u>
<i>Anal Fistule/Haemorrhoid</i> | <input type="checkbox"/> <u>Kelainan Refraksi</u>
<i>Refractive Disorder</i> | <input type="checkbox"/> <u>Penyakit Tonsil atau Adenoid</u>
<i>Tonsil or Adenoid Disease</i> | <input type="checkbox"/> <u>atau Keluarga Berencana</u>
<i>Infertility, Contraception, or Family Planning</i> |
| <input type="checkbox"/> <u>Gigi geligi</u>
<i>Dental</i> | <input type="checkbox"/> <u>HIV/AIDS</u>
<i>HIV/AIDS</i> | <input type="checkbox"/> <u>Nuklir atau radiasi ionisasi</u>
<i>Nuclear and radiation ionization</i> | <input type="checkbox"/> <u>Tumor/Beniolan/Kista/Kanker</u>
<i>Tumor/Lump/Cyst/Cancer</i> |
| <input type="checkbox"/> <u>Terapi Pencegahan atau Diagnostik</u>
<i>Preventif Treatment or Diagnostic</i> | <input type="checkbox"/> <u>Transplantasi Organ</u>
<i>Organ Transplantation</i> | <input type="checkbox"/> <u>Penyakit Kelenjar Tiroid</u>
<i>Thyroid Disease</i> | <input type="checkbox"/> <u>Hernia</u>
<i>Hernia</i> |
| <input type="checkbox"/> <u>Kelainan Jiwa</u>
<i>Psychiatric Disorder</i> | <input type="checkbox"/> <u>Penyakit Bawaan</u>
<i>Congenital Disease</i> | <input type="checkbox"/> <u>Gangguan Tumbuh Kembang</u>
<i>Growth and Development Disorder</i> | <input type="checkbox"/> <u>Diabetes Mellitus</u>
<i>Diabetes Mellitus</i> |
| <input type="checkbox"/> <u>Kelainan Hidung dan Telinga</u>
<i>Ear and Nose Disorder</i> | <input type="checkbox"/> <u>Kehamilan, Persalinan, Keguguran</u>
<i>Pregnancy, Delivery, Misscariage</i> | <input type="checkbox"/> <u>Kosmetik/Estetika</u>
<i>Cosmetic/Aesthetic</i> | <input type="checkbox"/> <u>Penyakit Sistem Reproduksi</u>
<i>Reproductive System Disease</i> |
| <input type="checkbox"/> <u>Penyakit epidemik</u>
<i>Epidemic Disease</i> | <input type="checkbox"/> <u>Batu Saluran Empedu</u>
<i>Biliary stone</i> | <input type="checkbox"/> <u>Batu Saluran Kemih/Gagal Ginjal</u>
<i>Urinary tract Stone/Renal Failure</i> | <input type="checkbox"/> <u>Bunuh Diri</u>
<i>Self-injury/Suicide Attempt</i> |
| <input type="checkbox"/> <u>Aktivitas/Olahraga</u>
<u>Berbahaya/Pekerjaan Resiko Tinggi</u>
<i>Dangerous Activities/Sport/High Risk Profession</i> | <input type="checkbox"/> <u>Tindakan/Percobaan Tindakan</u>
<u>Kejahatan Melawan</u>
<u>Hukum/Kerusuhan Sipil</u>
<i>Acts/Attempted Crime Against the Law/Civil Riot</i> | <input type="checkbox"/> <u>Hipertensi, Penyakit Jantung & Pembuluh Darah, Penyakit Pembuluh Darah Otak</u>
<i>Hypertension, Cardiovascular Disease, Cerebrovascular Disease</i> | <input type="checkbox"/> <u>Narkotika, Psikotropika, Zat Adiktif lainnya, Racun, atau Obat Tanpa Resep Dokter</u>
<i>Use of Alcohol, Narcotics, Psychotropic, Additive Substance, Toxin, or Medicines without a Doctor's Prescription</i> |

Jika Penyebab Kondisi Pasien Saat Ini Karena Kecelakaan, Mohon Keterangan Mengenai :

If the Current Patient's Condition is Due to an Accident, Please Provide Information About :

Tanggal Kecelakaan : / / (tgl/bln/thn) Lokasi Kecelakaan :

Kronologis Kecelakaan :

Kondisi Luka Pada Pasien (Jenis dan Kedalaman Luka) :

Pengobatan :

Operasi (Jika Dilakukan) :

**PERNYATAAN DOKTER
DOCTOR'S DECLARATION**

Saya, yang bertanda tangan di bawah ini adalah dokter yang merawat, dengan ini menyatakan bahwa saya telah membaca dan menjawab seluruh pertanyaan pada formulir ini dengan lengkap, benar, dan sejujuri-jujurnya.
I, who sign below is the attending pyhsican declare that I have read and answer all above questions completely, correctly and truthfully.

Ditandatangani di :

Tanggal : / / (tgl/bln/thn)
Date : (dd/mm/yyyy)

Tanda tangan & Nama Dokter
Doctor's Signature & Name

Cap Rumah Sakit
Hospital Stamp