

FORMULIR KLAIM ASURANSI KESEHATAN INDIVIDU
INDIVIDUAL HEALTH 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 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 UNTUK SANTUNAN HARIAN RAWAT INAP DAN PEMBEDAHAN
REQUIRED DOCUMENTS TO BE ATTACHED FOR DAILY HOSPITALIZATION AND SURGERY

- Formulir Klaim yang dikeluarkan oleh PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA dan yang telah diisi dengan lengkap dan benar oleh Pemegang Polis serta bagian resume medis diisi lengkap dan benar oleh dokter yang merawat Tertanggung;
Claim Form issued by PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA and has been filled out completely and correctly by Policyholder and the medical resume filled completely and correctly by the treating doctor;
- Rincian tagihan asli dan kuitansi asli dengan stempel atau cap Rumah Sakit (lengkap dengan alamat dan nomor telepon), atau salinan rincian tagihan dan kuitansi Rumah Sakit yang telah dilegalisasi oleh Rumah Sakit yang bersangkutan dengan stempel atau cap Rumah Sakit (lengkap dengan alamat dan nomor telepon);
Original hospital billing details and receipts with Hospital stamp (completely with hospital address & phone number clearly stated), or copy of hospital billing details and receipts with Hospital stamp (completely with hospital address & phone number clearly stated);
- Surat rujukan dari Dokter untuk pemeriksaan diagnostik, jika dilakukan pemeriksaan diagnostik tersebut;
A referral letter from Doctor for Diagnostic examination, if the diagnostic examination is done;
- Salinan Seluruh hasil pemeriksaan diagnostik termasuk hasil pemeriksaan laboratorium, dan radiologi, jika dilakukan pemeriksaan tersebut;
Copy of all diagnostic examination result including laboratory, and radiological results, if examination tests are done;
- Salinan bukti identitas diri Pemegang Polis dan Tertanggung yang masih berlaku, berupa kartu tanda penduduk elektronik atau paspor bagi warga negara asing;
Copy of Policyholder and Insured ID Card, in the form of an electronic identity card or passport for foreign nationals;
- Surat keterangan kecelakaan dari kepolisian untuk kasus kecelakaan (asli atau salinan yang dilegalisir).
Accident certificate from the police for accident cases (original or legalized copy).

DATA PEMEGANG POLIS
POLICYHOLDER DATA

Nama Lengkap : Jenis Kelamin : Pria Wanita
Full Name *Gender* *Male* *Female*
Tempat, Tanggal Lahir : / / (tgl/bln/thn) Kewarganegaraan :
Place, Date of Birth *(dd/mm/yyyy)* *Nationality*
Nomor Polis : Jenis Identitas :
Policy Number *Type of ID Card*
Nomor NPWP : Nomor Identitas :
Indonesian Tax Id Number *Identity Number*
Pekerjaan : Pekerjaan :
Occupation *Occupation*
Telepon Seluler : Telepon Rumah/Kantor :
Cellphone *Residence/Office Phone Number*

Alamat Tinggal Lengkap Sesuai dengan Identitas Diri :
Residential Address in Accordance with ID Card
Kota : Kode Pos : Provinsi :
City *Postal Code* *Province*

Alamat Tempat tinggal di Negara Asal (Khusus WNA) :
Address in The Country of Origin (Foreigner Only)

DATA TERTANGGUNG
INSURED DATA

Nama Lengkap : Jenis Kelamin : Pria Wanita
Full Name *Gender* *Male* *Female*
Tempat, Tanggal Lahir : / / (tgl/bln/thn) Kewarganegaraan :
Place, Date of Birth *(dd/mm/yyyy)* *Nationality*
Nomor NPWP : Jenis Identitas :
Indonesian Tax Id Number *Type of ID Card*
Pekerjaan : Nomor Identitas :
Occupation *Identity Number*
Telepon Seluler : Pekerjaan :
Cellphone *Occupation*
Alamat Tinggal Lengkap Sesuai dengan Identitas Diri : Telepon Rumah/Kantor :
Residential Address in Accordance with ID Card *Residence/Office Phone Number*

Kota : Kode Pos : Provinsi :
City *Postal Code* *Province*

Alamat Tempat tinggal di Negara Asal (Khusus WNA) :
Address in The Country of Origin (Foreigner Only)

JIKA TERTANGGUNG JUGA MELAKUKAN KLAIM TERHADAP PERUSAHAAN ASURANSI LAIN
IF INSURED ALSO CLAIMS TO OTHER INSURANCE COMPANY

No	<u>Other Insurance Name</u> Nama Asuransi Lain	<u>Nama Produk Asuransi</u> Insurance Product Name	<u>Nomor Polis</u> Policy Number	<u>Jumlah Uang Pertanggungan</u> Sum Insured
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 : USD CNY IDR

Bank Address : Currency : US Dollar Chinese Yuan (RMB) Rupiah

PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA akan membayarkan Manfaat Pertanggungan langsung ke rekening Pemegang Polis yang tercatat di PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA sebagaimana ditentukan oleh Pemegang Polis dalam SPAJ atau perubahannya atau Endorsemen Polis (jika ada).

PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA will pay the Insurance Benefit directly to the Policyholder's account recorded in PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA as determined by the Policyholder in the SPAJ or its changes or Policy Endorsement (if any).

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, there is no evidence or information that I hide;
- 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 Tertanggung untuk memberitahukan kepada PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan Tertanggung. 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 Insured to inform PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA or its affiliation/s, any explanation about Insured'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 PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA 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 PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA untuk tujuan memproses formulir ini dan/atau memproses pembayaran klaim dan/atau melakukan proses lainnya yang terkait dengan Tertanggung;
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 Insured;
- iv) 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;
- v) 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 filled in all data and information correctly; have read, understood and agreed to all terms and conditions as stated on this form; and signed this form consciously and without coercion. All risk that may arise in connection with this submission is my full responsibility.

Ditandatangani di :

Signed in

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

Yang Menyatakan

Declared By

(Tanda Tangan, Nama Jelas Pemegang Polis)

Signature, Name of Policyholder

(Tanda Tangan, Nama Jelas Tertanggung)

Signature, Name of Insured

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 *Residence/Office Phone Number*
Nama Rumah Sakit : **Telepon Seluler** :
Hospital Name *Cellphone*
Alamat Tempat Tinggal Dokter :
Doctor's Residential Address
Kota : **Kode Pos** : **Provinsi** :
City *Postal 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 *Hospitalization&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>Doctor's Residential Address</i>			
Telepon Rumah/Kantor: <i>Residence/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	Tanggal Pertama Kali Dialami (tgl/bln/thn)	Nama Dokter	Alamat Dokter
No	Name of the Disease	Date of First Onset (dd/mm/yyyy)	Name of the Doctor	Address of the Doctor
1				
2				
3				
4				

Diagnosa dan/atau Perawatan Pasien Berkaitan dengan (Mohon Beri Tanda pada Pernyataan yang Sesuai) :

Patient's Diagnosis and/or Treatment is Related to (Please Make Where Applicable)

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

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)
Date of Accident (dd/mm/yyyy)

Lokasi Kecelakaan :

Kronologis Kecelakaan :

Kondisi Luka Pada Pasien (Jenis dan Kedalaman Luka) :

Injury in the Patient (Type and Depth of Injury) :

Pengobatan :

Treatment :

Operasi (Jika Dilakukan) :

Surgery (If Done) :

**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 sejujur-jujurnya.

I, who sign below is the attending physician declare that I have read and answer all above questions completely, correctly and truthfully.

Ditandatangani di :

Signed in

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

Tanda tangan & Nama Dokter
Doctor's Signature & Name

Cap Rumah Sakit
Hospital Stamp