

**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**  
**REQUIRED DOCUMENTS TO BE ATTACHED**

- Formulir Klaim yang dikeluarkan oleh PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA dan yang telah diisi dengan lengkap dan benar oleh Pemegang Polis atau Tertanggung sebagaimana dinyatakan dalam dokumen Polis serta resume medis diisi lengkap dan benar oleh Dokter yang merawat Tertanggung;**  
*Claim Form is issued by PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA and has been filled out completely and correctly by Policyholder or Insured as stated in Policy document and the medical resume is filled completely and correctly by the treating Doctor;*
- Rincian tagihan asli dan kuitansi asli dengan 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 (lengkap dengan alamat dan nomor telepon), sebagaimana yang dinyatakan dalam dokumen Polis;**  
*Original Hospital billing details and receipts with Hospital stamp (completely with Hospital address & phone number), or legalized copy of Hospital billing details and receipts (completely with Hospital address & phone number) as stated in Policy document;*
- 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 results including laboratory, and radiology results, if examination is 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;*
- 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** : ..... **Nomor Polis** : .....  
*Full Name* ..... *Policy Number* .....

**Jenis Kelamin** :  **Pria**  **Wanita** **Kewarganegaraan** : .....  
*Gender* *Male* *Female* ..... *Nationality* .....

**Tempat, Tanggal Lahir** : ..... / ..... / ..... (tgl/bln/thn) **Nomor NPWP** : .....  
*Place of Birth* ..... *(dd/mm/yyyy)* ..... *Indonesian Tax ID Number* .....

**Jenis Identitas** : ..... **Nomor Identitas** : .....  
*Type of ID Card* ..... *Identity Number* .....

**Telepon Seluler** : ..... **Telepon Rumah/Kantor** : .....  
*Cellphone* ..... *Home/Office Telephone Number* .....

**Alamat Tinggal Lengkap Sesuai Dengan Identitas Diri** : .....  
*Residence Address in Accordance with ID Card* .....

**RT/RW** : ..... **Kelurahan/Desa** : ..... **Kecamatan** : .....  
*Neighbourhood/Hamlet* ..... *Region* ..... *District* .....

**Kota** : ..... **Provinsi** : ..... **Negara** : ..... **Kode Pos** : .....  
*City* ..... *Province* ..... *Country* ..... *Post Code* .....

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

**DATA TERTANGGUNG**  
**INSURED DATA**

**Nama Lengkap** : ..... **Pekerjaan** : .....  
*Full Name* ..... *Profession* .....

**Jenis Kelamin** :  **Pria**  **Wanita** **Kewarganegaraan** : .....  
*Gender* *Male* *Female* ..... *Nationality* .....

**Tempat, Tanggal Lahir** : ..... / ..... / ..... (tgl/bln/thn) **Nomor NPWP** : .....  
*Place of Birth* ..... *(dd/mm/yyyy)* ..... *Indonesian Tax ID Number* .....

**Jenis Identitas** : ..... **Nomor Identitas** : .....  
*Type of ID Card* ..... *Identity Number* .....

**Telepon Seluler** : ..... **Telepon Rumah/Kantor** : .....  
*Cellphone* ..... *Home/Office Telephone Number* .....

**Alamat Tinggal Lengkap Sesuai Dengan Identitas Diri** : .....  
*Residence Address in Accordance with ID Card* .....

**RT/RW** : ..... **Kelurahan/Desa** : ..... **Kecamatan** : .....  
*Neighbourhood/Hamlet* ..... *Region* ..... *District* .....

**Kota** : ..... **Provinsi** : ..... **Negara** : ..... **Kode Pos** : .....  
*City* ..... *Province* ..... *Country* ..... *Post Code* .....

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

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 PERTANGGUNGAN**  
**ACCOUNTABILITY 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 at 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 sign 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 : ..... / ..... / ..... (tg/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*

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

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"/> <u>Kecelakaan</u><br><i>Accident</i>  | <input type="checkbox"/> <u>Penyakit Menular Seksual</u><br><i>Sexually Transmitted Disease</i>   | <input type="checkbox"/> <u>Penyakit Tulang Belakang</u><br><i>Spine Disease</i>  | <input type="checkbox"/> <u>Katarak</u><br><i>Cataract</i>   |
| <input type="checkbox"/> <u>Fistula Anal/Wasir</u><br><i>Anal Fistule/Haemorrhoid</i>  | <input type="checkbox"/> <u>Kelainan Refraksi</u><br><i>Refractive Disorder</i>   | <input type="checkbox"/> <u>Penyakit Tonsil atau Adenoid</u><br><i>Tonsil or Adenoid Disease</i>  | <input type="checkbox"/> <u>atau Keluarga Berencana</u><br><i>Infertility, Contraception, or Family Planning</i>   |
| <input type="checkbox"/> <u>Gigi</u><br><i>Dental</i>  | <input type="checkbox"/> <u>HIV/AIDS</u><br><i>HIV/AIDS</i>   | <input type="checkbox"/> <u>Nuklir atau radiasi ionisasi</u><br><i>Nuclear and radiation ionization</i>   | <input type="checkbox"/> <u>Tumor/Benolan/Kista/Kanker</u><br><i>Tumor/Lump/Cyst/Cancer</i>  |
| <input type="checkbox"/> <u>Terapi Pencegahan atau Diagnostik</u><br><i>Preventif Treatment or Diagnostic</i>  | <input type="checkbox"/> <u>Transplantasi Organ</u><br><i>Organ Transplantation</i>   | <input type="checkbox"/> <u>Penyakit Kelenjar Tiroid</u><br><i>Thyroid Disease</i>  | <input type="checkbox"/> <u>Hernia</u><br><i>Hernia</i>  |
| <input type="checkbox"/> <u>Kelainan Jiwa</u><br><i>Psychiatric Disorder</i>   | <input type="checkbox"/> <u>Penyakit Bawaan</u><br><i>Congenital Disease</i>  | <input type="checkbox"/> <u>Gangguan Tumbuh Kembang</u><br><i>Growth and Development Disorder</i>   | <input type="checkbox"/> <u>Diabetes Mellitus</u><br><i>Diabetes Mellitus</i>  |
| <input type="checkbox"/> <u>Kelainan Hidung dan Telinga</u><br><i>Ear and Nose Disorder</i>  | <input type="checkbox"/> <u>Kehamilan, Persalinan, Keguguran</u><br><i>Pregnancy, Delivery, Misscariage</i>   | <input type="checkbox"/> <u>Kosmetik/Estetika</u><br><i>Cosmetic/Aesthetic</i>  | <input type="checkbox"/> <u>Penyakit Sistem Reproduksi</u><br><i>Reproductive System Disease</i>   |
| <input type="checkbox"/> <u>Penyakit epidemik</u><br><i>Epidemic Disease</i>   | <input type="checkbox"/> <u>Batu Saluran Empedu</u><br><i>Biliary stone</i>   | <input type="checkbox"/> <u>Batu Saluran Kemih/Gagal Ginjal</u><br><i>Urinary tract Stone/Renal Failure</i>   | <input type="checkbox"/> <u>Bunuh Diri</u><br><i>Self-injury/Suicide Attempt</i>   |
| <input type="checkbox"/> <u>Aktivitas/Olahraga</u><br><u>Berbahaya/Pekerjaan Resiko Tinggi</u><br><i>Dangerous Activities/Sport/High Risk Profession</i> | <input type="checkbox"/> <u>Tindakan/Percobaan Tindakan</u><br><u>Kejahatan Melawan</u><br><u>Hukum/Kerusuhan Sipil</u><br><i>Acts/Attempted Crime Against the Law/Civil Riot</i> | <input type="checkbox"/> <u>Hipertensi, Penyakit Jantung &amp; Pembuluh Darah, Penyakit Pembuluh Darah Otak</u><br><i>Hypertension, Cardiovascular Disease, Cerebrovascular Disease</i> | <input type="checkbox"/> <u>Penggunaan Alkohol, Narkotika, Psikotropika, Zat Adiktif lainnya, Racun, atau Obat Tanpa Resep Dokter</u><br><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 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 : .....

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

Tanda tangan & Nama Dokter  
*Doctor's Signature & Name*

Cap Rumah Sakit  
*Hospital Stamp*