



Formulir Klaim Melahirkan / *Maternity Claim Form* – PT Sun Life Financial Indonesia

Semua bagian dalam formulir ini WAJIB diisi dengan BENAR & LENGKAP sehingga klaim dapat diproses dengan cepat dan akurat. Terima kasih atas kerjasamanya.
Please complete this form in order to assure a fast and accurate claim processing. Thank you for your cooperation.

A. ADMINISTRASI (Bagian A dilengkapi oleh Pemilik Polis/Tertanggung)/ ADMINISTRATIVE (Section A to be completed by Policy Owner/Insured)			
No. Polis/ <i>Policy No:</i>		Nama Pemilik Polis/ <i>Policy Owner Name:</i>	
Nama Tertanggung/ <i>Insured Name:</i>			
RINCIAN PASIEN/PATIENT'S DETAILS			
Nama Pasien/ <i>Patient Name:</i>		Tanggal lahir/ <i>Date of birth(dd/mm/yyyy):</i>	
Alamat/ <i>Address:</i>		No. Tel./ <i>Contact number:</i>	
Keluhan saat ini / <i>Current complaint :</i>			
Adakah riwayat konsultasi/rawat jalan/rawat inap yang dilakukan di rumah sakit ini atau fasilitas kesehatan lainnya di rumah sakit ini dalam 5 tahun terakhir? <i>Was there any previous consultation/treatment/hospitalization in the last 5 years in this hospital or any other facilities?</i> Jika ADA, mohon untuk memberikan penjelasan dibawah ini/ <i>If YES, please provide details below:</i>			
Tanggal <i>Date</i>	Penyakit/Kelainan (rincian pengobatan) <i>Disease/Disorder (details of treatment)</i>	Nama Dokter/Rumah Sakit <i>Doctor Name/Hospital</i>	Alamat dan No telepon Dokter/Rumah Sakit <i>Address and Telephone Number of Doctor/Hospital</i>
MOHON JAWAB PERTANYAAN BERIKUT JIKA ANDA MENGAJUKAN KLAIM UNTUK PERAWATAN DI LUAR NEGERI / DI LUAR WILAYAH PERTANGGUNGAN / PLEASE ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS IF YOU ARE CLAIMING FOR OVERSEAS TREATMENT / OUTSIDE COVERED AREA			
Negara di mana perawatan dilakukan / <i>Country where the treatment took place :</i>			
Alasan pasien keluar negeri / <i>Patient reason being overseas :</i>			
Tanggal keberangkatan dan kembali ke Indonesia /wilayah pertanggung / <i>Date of departure and return to Indonesia /covered area</i> Dari/ <i>From (dd/mm/yyyy):</i> Sampai/ <i>To (dd/mm/yyyy) :</i>			
Mohon untuk melampirkan salinan Passport & Visa <i>Please enclose the copy of Passport & Visa</i>			

PERNYATAAN DAN KUASA PEMILIK POLIS ATAS DATA TERTANGGUNG/POLICY OWNER DECLARATION AND POWER OF ATTORNEY OF INSURED'S DETAILS

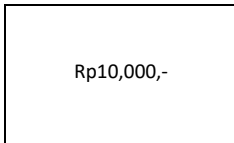
Dengan ini Saya menyatakan dan menyetujui bahwa/*I hereby declare and agree that:*

1. Saya telah membaca, mengerti, menjawab, dan mengisi pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan sebenar-benarnya, lengkap, dan sesuai keadaan sebenarnya.
I have read, understand, answer and fill in all the questions above with the honest truth, complete and in accordance with actual condition
2. Saya memberi kuasa yang tidak akan berakhir karena sebab-sebab yang tercantum dalam pasal 1813 KUH Perdata kepada setiap dokter, klinik, rumah sakit, puskesmas, laboratorium, institusi medis manapun, perusahaan asuransi, badan hukum, lembaga, atau perorangan yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung, untuk memberitahukan kepada PT Sun Life Financial Indonesia atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Tertanggung sebagaimana halnya Tertanggung telah memberi kuasa yang sama dalam Surat Permohonan Asuransi Jiwa.
I give power that will not expire for reasons listed in article 1813 Civil Code to any doctor, clinics, hospitals, health centers, laboratories, medical institutions, insurance companies, legal entities, agencies, or individuals who are record/information or know the condition/health of insured, to inform PT Sun Life Financial Indonesia ("company"), or those authorized by him/hem, all records/information about themselves and the condition/health of the insured.
3. Seluruh keterangan yang tercantum dalam Formulir Klaim ini ditulis dengan benar dan Saya menyadari bahwa salinan Pernyataan Pemberian Kuasa dari Pemilik Polis ini dapat berlaku sebagaimana mestinya.
All information in this Claim Form was written truthfully and I hereby agree that this Declaration and Power of Attorney to be used promptly.
4. Salinan/fotokopi dari pernyataan dan kuasa ini sama sah dan berlakunya sesuai dengan dokumen aslinya.
Copy of this Declaration is as valid and has same power in accordance with the original document.
5. Saya memberi kuasa kepada agen saya untuk membahas kondisi medis Tertanggung sebagaimana mestinya dengan PT Sun Life Financial Indonesia .
I authorize my financial advisor/agent to discuss medical conditions of the Insured as necessary with my insurer or its authorized agent on my behalf.

Tanda tangan Pemilik Polis/*Signature of Policy Owner :*

Tanggal/*Date:*

Meterai / *Stamp*



Sesuai dengan Undang Undang Republik Indonesia (UU) no. 10 tahun 2020 tentang Bea Meterai dengan tarif tetap sebesar Rp10.000,00 (sepuluh ribu rupiah)

Nama lengkap / *Full Name :*

B. BAGIAN MEDIS (Bagian B dilengkapi oleh dokter)/MEDICAL SECTION (Section B to be completed by Physician)

 Nama Pasien/ *Name of the patient:*

 No Rekam Medik/ *Medical Record No:*

 Tanggal lahir/ *Date of Birth (dd/mm/yyyy):*

 Tanggal konsultasi / *Consultation Date :*
 (dd/mm/yyyy)

 Anamnesa/*Anamneses; riwayat penyakit/history of disease*

 Usia Kehamilan / *Duration of Pregnancy (minggu/weeks) :*

 Tanggal perawatan / *Date of hospitalization :*

 Tanggal hari pertama haid terakhir / *Date of last first day menstruation :*

 Apakah pada persalinan ini pasien mengalami komplikasi/penyakit dalam persalinannya ?
Did the patient get any complication/illness during her pregnancy ?
 Ya
 Yes

 Tidak
 No

 Jika Ya, Sebutkan Komplikasi/Penyakit yang dialami :
If Yes, Please mention the Complication / Illness :

 Diagnosis / *Diagnosis :*

 Jenis tindakan pembedahan (jika dilakukan): / *Type of surgery (if performed) :*

 Indikasi medis dilakukan pembedahan / *Medical indication for surgery :*

 Terapi medis/ *Medical therapy:*

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

 Saya sebagai dokter yang merawat/menangani pasien tersebut diatas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan sebenarnya.
I hereby state as the doctor treated of the above mentioned patient, that I have read and answered the questions in this form clearly and completely.

 Nama Dokter/*Doctor's Name* : _____

 Alamat/*Address* : _____

 Tempat dan tanggal/ *Place and date* : _____

 Tanda tangan dokter dan stempel rumah sakit : _____
Signature of doctor and stamp of hospital or doctor
Catatan :
Kuesioner ini dapat diajukan oleh Perusahaan kepada IDI (Ikatan Dokter Indonesia), MKDKI (Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia) & MKEK (Majelis Kehormatan Etik Kedokteran) dalam rangka Audit Medik sesuai UU Praktik Kedokteran Pasal 44, Pasal 49 dan Pasal 74

C. Surat Permintaan Pembayaran Klaim (Bagian C dilengkapi oleh Pemilik Polis)/Claim Payment Request (Section C to be completed by Policy Owner)

No. Polis/Policy No. : _____

Nama Pemilik Polis/Policy Owner Name : _____

Nama Tertanggung/The Insured Name : _____

Nama Bank/Name of Bank : _____

Cabang/Branch : _____

No. Rekening/Bank account number : _____

Nama Pemilik Rekening/The name of the account holder : _____

Catatan/Note:Harap melampirkan fotocopy buku tabungan/Please attach a copy of savings book

Pembayaran akan dilakukan dalam mata uang yang ditetapkan dalam plan anda kecuali jika kami menyetujui sebaliknya secara tertulis.
Payment shall be made in the currency defined in your plan unless we agreed otherwise in writing.

D. DOKUMEN PENDUKUNG YANG WAJIB DILAMPIRKAN / SUPPORTING DOCUMENTS WHICH MUST BE SUBMITTED:

- (i) Formulir pengajuan klaim yang telah dilengkapi oleh Pemilik Polis dan/atau Penerima Manfaat apabila Pemilik Polis telah meninggal dunia;
Claim form completed by the Policy Owner and/or Beneficiary if the Policy Owner has died
- (ii) Surat keterangan Dokter (asli);
Attending Physician's Statement (original)
- (iii) Seluruh hasil pemeriksaan laboratorium dan radiologi (asli atau fotokopi);
All the results of laboratory tests and radiology (original or copy)
- (iv) Kuitansi & Rincian biaya Pengobatan yang dikeluarkan Rumah Sakit yang bersangkutan untuk Tertanggung (asli);
Hospital receipt & Bills regarding the treatments of the Insured with or without any surgery (original)
- (v) Salinan resep ;
Copy of prescription
- (vi) Bukti diri dari Pemilik Polis & Tertanggung (fotokopi);
ID of Policy Owner & Insured (copy)
- (vii) Dokumen-dokumen lain yang dianggap perlu oleh Penanggung terkait dengan klaim Manfaat Asuransi Tambahan.
Other necessary documents determined by Insurer related to the claim benefit riders.

Seluruh dokumen syarat klaim harus tertulis dalam bahasa Indonesia atau Inggris/ *All the claim documents should be written in Bahasa or English.*

Jika Anda mempunyai pertanyaan tentang formulir ini atau pertanyaan lain tentang program ini, silahkan menghubungi Pusat Layanan Nasabah di nomor 1-500786, nomor facsimile (021) 29669806 dengan memberikan nomor Polis. Anda juga dapat mengakses www.sunlife.co.id untuk mengetahui info terkini seputar PT Sun Life Financial Indonesia
If you have any questions regarding this form or any other questions of the coverage, please contact Customer Contact Center on 1-500786, fax number (021) 29669806 quoting your Policy numbers You can also access www.sunlife.co.id to know the update info about the PT Sun Life Financial Indonesia .

Klaim harus diajukan beserta dokumen pendukung dalam waktu maksimal 30 (tiga puluh) hari sejak tanggal keluar perawatan Rumah Sakit. Kirimkan formulir klaim ini beserta dokumen pendukung kepada Departemen Klaim, PT Sun Life Financial Indonesia, Menara Sun Life Lantai 11, Jl. Dr.Ide Anak Agung Gde Agung Blok 6.3 Kawasan Mega Kuningan Jakarta Selatan 12950 Indonesia .

Claims must be submitted along with supporting documents maximal 30 days from discharged date. Send this claim form together with supporting documents to Claim Department, PT Sun Life Financial Indonesia, Menara Sun Life 11th Floor, Jl. Dr.Ide Anak Agung Gde Agung Blok 6.3 Kawasan Mega Kuningan, South Jakarta 12950, Indonesia .