

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.
All sections in this form MUST be filled CORRECTLY AND COMPLETELY 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 Holder/Insured) | | | |
|---|---|---|---|
| No. Polis/Policy No: | | Nama Pemilik Polis/Policy Holder's Name: | |
| Nama Tertanggung/ Insured Name: | | | |
| RINCIAN PASIEN/PATIENT'S DETAILS | | | |
| Nama Pasien/Patient Name: | | Tanggal lahir/Date of birth(dd/mm/yyyy): | |
| Alamat/Address: | | No. Telepon./Contact number: | |
| Gejala atau Keluhan saat ini / Current symptom or complaint : | | | |
| Tanggal gejala atau keluhan pertama kali diketahui (tgl/bln/thn) : Date of first occurrence of symptom and complaint (dd/mm/yyyy) : | | | |
| 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? Was there any previous consultation/treatment/hospitalization in the last 5 years in this hospital or any other facilities? Jika ADA, mohon untuk memberikan penjelasan dibawah ini/ If YES, please provide details below: | | | |
| Tanggal Date | Penyakit/Kelainan (rincian pengobatan) Disease/Disorder (details of treatment) | Nama Dokter/Rumah Sakit Doctor Name/Hospital | Alamat dan No telepon Dokter/Rumah Sakit Address and Telephone Number of Doctor/Hospital |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 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 / Country where the treatment took place : | | | |
| Alasan pasien keluar negeri / Patient's reason of being overseas : | | | |
| Tanggal keberangkatan dan kembali ke Indonesia /wilayah pertanggungungan / Date of departure and return to Indonesia /covered area Dari/From (dd/mm/yyyy): Sampai/To (dd/mm/yyyy) : | | | |
| Mohon untuk melampirkan salinan Paspor & Visa Please enclose the copy of Passport & Visa | | | |

PERNYATAAN DAN KUASA PEMILIK POLIS ATAS DATA TERTANGGUNG
POLICY HOLDER DECLARATION AND POWER OF ATTORNEY OF THE 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, understood, answered and filled in all the questions above honestly, completely 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 of attorney that will not terminate for reasons listed in article 1813 Civil Code to any doctor, clinics, hospitals, health centers, laboratories, medical institutions, insurance companies, legal entities, institutions, or individuals that possesses record/information or knows the condition/health of Insured, to inform PT Sun Life Financial Indonesia, or its attorney-in-fact, all records/information about the condition/health of the insured.
3. Seluruh keterangan yang tercantum dalam Formulir Klaim ini ditulis dengan benar dan Saya menyetujui Pernyataan Pemberian Kuasa ini untuk digunakan sebagaimana mestinya.
All information in this Claim Form was written truthfully and I hereby agree that this Statement of Power of Attorney to be used accordingly.
4. Salinan/fotokopi dari pernyataan dan kuasa ini sama sah dan berlakunya sesuai dengan dokumen aslinya.
Copy of this statement and power of attorney are as legal and valid as the original document.
5. Saya memberi kuasa kepada agen Tertanggung untuk membahas kondisi medis Tertanggung sebagaimana mestinya dengan PT Sun Life Financial Indonesia .
I authorize the Insured's agent to discuss medical conditions of the Insured as necessary with PT Sun Life Financial Indonesia .

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

Tanggal/*Date*:

Materai / *Stamp*

Rp10,000,-

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 / <i>Name of the patient:</i> | |
| No Rekam Medik / <i>Medical Record No:</i> | Tanggal lahir / <i>Date of Birth (dd/mm/yyyy):</i> |
| Tanggal konsultasi / <i>Consultation Date :</i> (dd/mm/yyyy) | |
| Anamnesa/ <i>Anamneses; riwayat penyakit/history of disease</i> | |
| Usia Kehamilan / <i>Duration of Pregnancy (minggu/weeks) :</i> | Tanggal perawatan / <i>Date of hospitalization :</i> |
| Tanggal hari pertama haid terakhir / <i>Date of last first day menstruation :</i> | |
| Apakah pada persalinan ini pasien mengalami komplikasi/penyakit dalam persalinannya ? <i>Did the patient get any complication/illness during her pregnancy ?</i> | |
| | <input type="checkbox"/> Ya Yes <input type="checkbox"/> Tidak No |
| Jika Ya, Sebutkan Komplikasi/Penyakit yang dialami : <i>If Yes, Please mention the Complication / Illness :</i> | |
| Diagnosis / <i>Diagnose :</i> | |
| Jenis tindakan pembedahan (jika dilakukan): <i>Type of surgery (if performed) :</i> | |
| Indikasi medis dilakukan pembedahan <i>Medical indication for surgery :</i> | |
| Terapi medis/ <i>Medical therapy:</i> | |
| Jika dirawat oleh lebih dari 1 (satu) dokter, sebutkan nama dokter dan spesialisasinya <i>If the patient was taken care more than 1 (one) doctor, please state name and the specialization of the Doctor :</i> | |
| <p>Saya sebagai dokter yang merawat/menangani pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan di atas dengan LENGKAP dan BENAR sesuai dengan keadaan dan keilmuan yang berlaku. Saya bertanggung-jawab atas seluruh jawaban yang ada dan bersedia bertanggung-jawab apabila terjadi sengketa dikarenakan jawaban saya tersebut.</p> <p><i>I hereby state as the doctor who treated of the above mentioned patient, that I have read and answered the questions in this form COMPLETELY AND CORRECTLY according with the condition and medical knowledge that applicable. I am responsible for all of my answers and will responsible in case of any dispute due to my answers.</i></p> | |
| Nama Dokter/ <i>Doctor's Name</i> | : _____ |
| Alamat/ <i>Address</i> | : _____ |
| Tempat dan tanggal/ <i>Place and date</i> | : _____ |
| Tanda tangan dokter dan stempel rumah sakit <i>Signature of doctor and stamp of hospital or doctor</i> | : _____ |
| <p>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</p> | |

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

No. Polis/*Policy No.* : _____

Nama Pemilik Polis/*Policy Holder 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 Holder and/or Beneficiary if the Policy Holder has died
- (ii) Formulir Surat keterangan Dokter (asli);
Attending Physician's Statement Form (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 baya 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 atau Penerima Manfaat (fotokopi);
ID of Policy Holder & Insured or Beneficiary (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 500SUN (786), nomor faksimile (021) 2966 9806 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 500SUN (786), fax number (021) 2966 9806, 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 **30 (tiga puluh) hari** sejak tanggal selesainya perawatan di Rumah Sakit. Kirimkan formulir klaim ini beserta dokumen pendukung kepada Departemen Klaim, PT Sun Life Financial Indonesia, Menara Sun Life Lantai 11, Jln. Dr. Ide Anak Agung Gde Agung Blok 6.3, Kawasan Mega Kuningan, Jakarta Selatan 12950, Indonesia.

Claims must be submitted along with supporting documents within 30 days from date of service. Send this claim form together with supporting documents to Claim Department, PT Sun Life Financial Indonesia, Menara Sun Life Lantai 11, Jln. Dr. Ide Anak Agung Gde Agung Blok 6.3, Kawasan Mega Kuningan, South Jakarta n 12950, Indonesia.