

**FORMULIR KLAIM ASURANSI MELAHIRKAN KUMPULAN
GROUP MATERNITY INSURANCE CLAIM FORM**

PETUNJUK PENGAJUAN KLAIM / GUIDELINE OF CLAIM SUBMISSION

- Formulir ini harus diisi dengan benar, lengkap dan jelas. Klaim hanya dapat diproses bila semua dokumen telah dilengkapi/ *This Form shall be filled in correctly, completely and clearly. Claim is only going to be processed should all supporting documents are attached*
- Semua kuitansi asli, perincian perawatan, copy resep dan pemeriksaan penunjang lainnya harap dilampirkan/ *For the purpose of medical claim, all original receipts, details of treatment, copy of medicine prescription and other supporting examination shall be attached*

BAGIAN A. KETERANGAN TERTANGUNG/INFORMATION OF INSURED (diisi oleh peserta yang meng-klaim/ *filled in by claimant*)

Pemegang Polis/ :
<i>Policy holder</i>
Nama Karyawan/ :
<i>Employee's Name</i>
Jabatan/ :
<i>Position</i>
Tanggal Lahir :
<i>Date of Birth</i>
Nomor Sertifikat/ :
<i>Certificate number</i>

Nomor Polis/ :	
<i>Policy Number</i>	
<i>Diisi bila pasien adalah istri karyawan: Fill in should patient be employee's wife</i>	
Nama Pasien/ :	
<i>Patient Name</i>	
Tanggal Lahir :	
<i>Date of Birth</i>	
Nomor Sertifikat/ :	
<i>Certificate number</i>	

Apakah klaim ini juga diajukan kepada Asuransi Individu PT. A.J. Manulife Indonesia perusahaan asuransi lain? *Is this claim also submitted to insurance company*

Ya/Yes Tidak/No

Nama Perusahaan Asuransi/Name of insurer :

Alamat lengkap/ Full address :

No Polis / Policy number :

Apakah pada saat kehamilan pernah mendapatkan perawatan di Rumah Sakit? *Has participant ever been hospitalized during Her pregnancy?*

Tidak / No

Ya, sebutkan nama dokter :

Yes, doctor's name

Alamat lengkap/ :

Full address

Tanggal berobat/ :

Date of visit

Diagnosa/ :

Diagnose

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar, dan 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 pasien untuk memberitahukan kepada Manulife Indonesia atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan pasien. Copy dari pernyataan ini sama kuatnya dan sah seperti aslinya. *I declare that I have read, understood and answered all the questions above completely and correctly. I hereby authorize any physician, clinic, hospital, public health center, insurance company, legal institution, personal or other organizations that has any records or information on the health of participant to inform PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia or its authorized. A photographic copy of this statement, should be as valid and legal as the original.*

Ditandatangani di/Sign in tanggal/dated.....

Dibuat oleh,/Made by

.....

(tanda tangan, nama jelas & stempel Perusahaan)
(signature, name, stamp of company)
Jabatan/Position :

.....

(tanda tangan, nama jelas karyawan/keluarga karyawan)
(signature, name of employee)
Karyawan / Keluarga Karyawan

Nama pasien/*Patient's name* :

Apakah pasiendirawat inap?/*Did patient hospitalize?*

Ya. Indikasi rawat inap/*Yes, Indication of hospitalization:*.....
.....

Tidak/*No*

Kapan (tanggal/bulan/tahun) pasien pertama kali melakukan pemeriksaan sehubungan dengan kehamilannya? *Date of first medical examination regarding her pregnancy?* - - (*date-month-year*)

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

- - (*date-month-year*)

Usia Kehamilan/ *Duration of pregnancy* :minggu/*weeks*

Tanggal perawatan/*Date of hospitalization* : - -

Apakah pasien menderita gejala penyakit tertentu selama kehamilan ini?/ *Did the patient have any symptoms of certain disease during her pregnancy?*

Tidak/*No*

Ya/ *Yes*, Sebutkan / *Please describe*.....
.....

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

Tidak/*No*

Ya/ *Yes*, Komplikasi/penyakit yang dialami/ *The complication*:

Diagnosa/*Diagnose* :

Obat-obat yang diberikan/*Treatment* :

Operasi/*Operation* :

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

.....
.....
.....

Saya, sebagai dokter yang merawat pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar / *I, as a doctor who treat the patient, certify that I have read and answered the above questions completely and correctly*

Nama Dokter / *Name of Doctor* :

Nama Rumah Sakit / *Name of Hospital* :

Alamat Rumah Sakit / *Address of Hospital* :

Tempat & Tanggal
Place & Date

Tandatangan & Nama Dokter
Signature & Name of Doctor

Cap Rumah Sakit
Stamp of Hospital

