

FORMULIR KLAIM ASURANSI KECELAKAAN KUMPULAN/ ACCIDENTAL 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 dilampirkan/ *This Form should be filled in correctly, completely and clearly. Claim is only going to be processed if all supporting documents are attached.*
- Untuk Klaim pengobatan 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 examinations should be attached*

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

Pemegang Polis/ :
Policy Holder

Nomor Polis/ :
Policy Number

Nama Karyawan/ :
Employee's Name

Jabatan/ :
Position

Tanggal Lahir : □□ - □□ - □□
Date of Birth

Usia : □□ tahun / *Years*
Age

Nomor Sertifikat/ : □□□□□□ - □□
Certificate number

Jenis Kelamin / *Sex* : Pria / *Male* Wanita / *Female*

Apakah ini merupakan dokumen susulan? Ya Tidak/

Is document considered as supplement of previous claim?

Yes

No

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

Ya/ *Yes*

Tidak/ *No*

Nama Perusahaan Asuransi/ *Name of insurer* :

Alamat lengkap/ *Full address* :

No Polis / *Policy number* :

Telah Mendapat Kecelakaan pada / *Has already got an Accident on:*

Hari dan Tanggal / *Day and Date* :

Waktu / *Time* :

Tempat Kejadian / *Place of the Accident:*

Sebab-sebab (kronologis) Kecelakaan / *Causes (Details) of the Accident:*

(Berikan gambaran sejelas mungkin dalam menceritakan sebab dan kronologisnya. Apabila kolom yang disediakan tidak cukup, dapat digunakan lembar terpisah/ *Please describe clearly about Causes and details of an accident. If the space is not enough, please state it on another paper.*)

Apakah sebelum kecelakaan terjadi Anda mengonsumsi obat-obatan atau makanan/minuman tertentu ?

Before the accident was happened, did you take any Drugs or eat/drink certain thing?

Tidak/ *No*

Ya Sebutkan jenis obat/makanan/minuman tersebut :

Yes, please state the name of Drugs/ Food/ Drink

Bila pengajuan klaim ini disetujui, maka pembayaran klaim akan dilakukan sesuai data no rekening yang sudah diberikan oleh pemegang polis. Bila ada perubahan, mohon diberikan lampirannya yang ditandatangani oleh pemegang polis. *If the claim is approved, the claim payment will be done based on account number that has already given by policy holder, if there are any changes please give us the correction which was signed by policy holder.*

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 question above completely and correctly. I hereby authorize any physician, clinic, hospital, public health centre, insurance company, legal institution, personal or other organization that has any records or information on the health of participant to inform PT. AJ Manulife Indonesia or it's authorized, any explanation about my health-condition. 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

BAGIAN B. KETERANGAN DOKTER / **MEDICAL RESUME** (Diisi oleh dokter yang merawat/*Filled in by doctor-in-charge*)

Nama pasien/*Patient's Name* :

Tanggal perawatan/*Date of hospitalization* :s/d (To)

Anamnesis/Riwayat Penyakit
Anamnesis/History of Disease :

Apakah pasien pernah konsultasi / dirawat sebelumnya sehubungan dengan kecelakaannya ? Ya / Tidak /
Has the patient ever been consulted/hospitalized before due to the accident ? **Yes No**

Bila "YA", jawab pertanyaan a, b, c & d / *If "Yes" please answer a, b, c, & d*

a. Tanggal/*Date* :

b. Nama Dokter/ *Name of Doctor* :

c. Alamat lengkap / *Full Address* :

d. Diagnosa / *Diagnose* :

Jenis serta hasil pemeriksaan fisik ,lab, rontgen, CT scan, hasil PA dll yg dilakukan/ *Physical examination result, (lab,X-ray,CTscan,ClinicalPathologyResult,etc):*

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 :*

.....

Keadaan pada waktu pulang/ *Patient's condition when discharge from hospital:*

Membaik / *Better*

Pulang paksa / *leaving without permission*

Kapan pasien diminta kontrol kembali / *when the patient must consult again?*

Apakah kecelakaan diatas dapat menimbulkan cacat/gangguan fungsi secara tetap ?
Does the accident cause a permanent disability or permanent functional disorder?

Tidak / *No*

Ya / *Yes* Bagian tubuh mana yang akan mengalami cacat tersebut ?

Which part of the body that becomes permanent disability?

Berapa persen (%) gangguan fungsi/cacat tetap tersebut ? %

How many percentage that permanent disability?

Perkiraan waktu yang dibutuhkan untuk penyembuhan :Tahun/ *Year*Bulan/*Months*

The estimation duration that needs for rehabilitation:

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* :

Telepon / *Phone* :

Tempat & Tanggal
Place & Date

Tandatangan & Nama Dokter
Signature & Name of Doctor

Cap Rumah Sakit
Stamp of Hospital

