

| 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> |
| Jenis Kelamin/ <i>Gender:</i> <input type="checkbox"/> Laki-laki/ <i>Male</i> <input type="checkbox"/> Perempuan/ <i>Female</i> | Tanggal perawatan/ <i>Date of treatment:</i> _____ sampai dengan/to _____ <i>(dd/mm/yyyy)</i> |
| Anamnesa/ <i>Anamneses; riwayat penyakit/history of disease</i> | |
| Tanggal gejala atau keluhan Pertama kali diketahui pasien (tgl/bln/thn): <i>Date of first occurrence of the symptom and complain (dd/mm/yyyy)</i> | Tanggal pertama kali konsultasi untuk sakit tersebut (tgl/bln/thn): <i>Date of first consultation for this disease (dd/mm/yyyy)</i> |
| Nama dan alamat dokter yang merujuk: <i>Name and address of referral doctor</i> | |
| Jenis dan hasil pemeriksaan fisik (lab, rontgen, CT scan, hasil PA, dan lain-lain): <i>Physical examination result (lab, X-ray, CT scan, clinical pathology result, etc)</i> | |
| Diagnosis atau dugaan diagnosis: <i>Final diagnosis or working diagnosis</i> | Tanggal pertama kali diagnosis ditetapkan (tgl/bln/thn): <i>Specified date of first diagnosis (dd/mm/yyyy)</i> |
| Jenis tindakan pembedahan (jika dilakukan): <i>Type of surgery (if performed)</i> | |
| Terapi medis/ <i>Medical therapy:</i> | |
| Apakah kondisi tersebut disebabkan atau ada kaitannya dengan kondisi yang disebutkan berikut ini/ <i>Was the condition caused by or in any way associated with condition mentioned below :</i> | |
| a. Pengaruh obat-obatan terlarang atau alkohol/ <i>The influence of drugs or alcohol intake?</i> <input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No b. HIV/PHS (Sexual Transmitted Diseases)/AIDS? <input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No c. Ketidaksuburan atau sterilisasi/Infertility or sterilization? <input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No d. Kosmetik atau bedah plastik/Cosmetic or plastic surgery? <input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No e. Psikiatri dan gangguan kejiwaan/Psychiatric and mental disorder? <input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No f. Cacat, kelainan bawaan, dan herediter/Congenital deformities or anomalies and hereditary <input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No g. Bunuh diri, ketidakwarasan, atau melukai diri sendiri/Suicide, insanity or self-inflicted injury? <input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No h. Dental/Dental? <input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No i. Faktor usia/ Geriatric? <input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No j. Gangguan Menstruasi dan Hormonal/ Menstruation syndrome and Hormonal? <input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No k. Gangguan kehamilan, melahirkan, dan komplikasi/ Pregnancy syndrome, delivery and complication? <input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No l. Kecelakaan/ Accident? <input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No Jika Ya, mohon untuk memberikan kronologis kecelakaan tersebut: If Yes, please give the chronology of the accident: | |
| _____ _____ _____ _____ | |
| 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 <i>Signature of doctor and stamp of hospital or doctor</i> | : _____ |

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 : _____

Jenis Klaim/Type of Claim : Rawat Jalan/Outpatient Rawat Inap/Inpatient

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;
Health claim form completed by the Policy Owner and/or Beneficiary if the Policy Owner has died
- (ii) Surat keterangan Rawat Inap dari Dokter yang merawat (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 biaya Perawatan yang dikeluarkan Rumah Sakit yang bersangkutan untuk Tertanggung yang menjalani Rawat Inap dengan/atau tanpa Pembedahan yang dikeluarkan Rumah Sakit bersangkutan (asli);
Hospital receipt regarding the treatments of the Insured with or without any surgery (original)
- (v) Rincian biaya Perawatan Rumah Sakit dan/atau Dokter yang merawat (asli atau fotokopi yang dilegalisasi oleh Rumah Sakit);
Hospitalization details fee and/or treating physician fee (original or copy certified by the hospital)
- (vi) Salinan resep ;
Copy of prescription
- (vii) Bukti diri dari Penerima Manfaat (fotokopi);
ID of beneficiary (copy)
- (viii) Surat Berita Acara dari Kepolisian dalam hal Perawatan disebabkan oleh Kecelakaan (asli);
Police report for accident (original)
- (ix) Surat keterangan dari Kedutaan Besar Republik Indonesia (KBRI) atau Konsulat Jenderal setempat dalam hal Kecelakaan di luar negeri (asli);
Certificate from the Republic Indonesia embassy (KBRI) or consulate general for accident that occurred in foreign country (original)
- (x) Surat Rujukan dari Dokter untuk Perawatan lanjutan setelah Rawat Inap dan Kecelakaan (asli atau fotokopi); dan
Reference letter from the physician for the follow up treatment after hospitalization and accident (original or copy) ; and
- (xi) 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 (021) 500786, nomor faksimile (021) 52890099 dengan memberikan nomor Polis.

If you have any questions regarding this form or any other questions of the coverage, please contact Customer Contact Center on (021) 500786, fax number (021)52890099 quoting your Policy numbers.

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, Gedung World Trade Center Lantai 9, Jl. Jend. Sudirman Kav. 29-31 Jakarta 12920, 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, World Trade Center 9th floor, Jl. Jend. Sudirman Kav. 29-31 Jakarta 12920, Indonesia.