

FORMULIR KLAIM PENYAKIT KRITIS (CRITICAL ILLNESS FORM)

(Diisi oleh pemegang polis/tertanggung/penerima manfaat/wali yang sah)

(To be filled in completely by the Policy Holder/Insured/beneficiary/legal guardian)

Formulir ini harus diisi dengan lengkap, benar dan jelas. Klaim hanya dapat diproses bila semua dokumen telah dilengkapi.

(This form should be filled in completely, correctly and clearly. Claim is only going to be processed if all supporting documents are attached)

Data Pengaju Klaim (Claim applicant's data) :

1. Nama Pemegang Polis (Policy Holder Name) : _____
2. Nomor Polis / Sertifikat (Policy or Certificate Number) : _____
3. Nomor Telp/HP/Fax/Email (Phone Number/Fax/Email) : _____
4. Alamat (Address) : _____
5. Jenis Kelamin (Sex) : Pria (Male) Wanita (Female)

Data Pasien/Tertanggung (Patient/Insured Data) :

1. Nama Pasien (Patient Name) : _____
2. Tanggal Lahir (Date of birth) : _____
3. Jenis Kelamin (Sex) : Pria (Male) Wanita (Female)
4. Alamat Lengkap (Full Address) : _____

Data Kondisi Kritis yang akan diklaim (Critical Illness Condition Data to be claimed) :

- A. Jenis Penyakit Kritis yang Diklaim (Type of Critical Illness to be Claimed) : _____
- B. Nama / Diagnosa dari Keadaan / Penyakit Tertanggung (Diagnosis of the Condition / Illness of the Insured) : _____
- C. Kapan pertama kali tertanggung mulai merasa keluhan gejala dari keadaan penyakit ini? (When was the sign and symptoms arise for the first time?) :
 / / (tgl/bln/thn) (dd/mm/yyyy)
- D. Mohon jelaskan keluhan secara terperinci (Please describe the sign and symptom of the disease in detail) : _____
- E. Kapan pertama kali tertanggung berkonsultasi dengan Dokter mengenai keluhan / gejala tersebut (When was the first time the insured consulted the doctor regarding these complaints / symptoms) :
 / / (tgl/bln/thn) (dd/mm/yyyy)
- F. Mohon jelaskan secara detail dan lampirkan hasil pemeriksaan Lab/Rontgen/USG sehubungan dengan keadaan penyakit tertanggung (Please explain in detail and attach the results of the Lab / X-ray / USG examination in relation to the insured's disease) : _____
- G. Apakah tertanggung sebelumnya pernah mengalami atau berobat atas keadaan / penyakit ini? (Has the patient ever been treated for this symptoms/illness before?) :
 Ya (Yes) Tidak (No) Jika YA sejak kapan (If the answer is "Yes" since when) : _____
- H. Mohon tuliskan nama dan alamat seluruh dokter umum maupun spesialis yang pernah di kunjungi oleh tertanggung berikut tanggal konsultasi dan diagnosanya (Please provide us the name and address of doctors/specialists consulted due to this current condition) :
 1. _____
 2. _____
 3. _____

Polis-polis dari perusahaan asuransi jiwa lain yang dimiliki (jika ada) (Please mention all policies owned from other life insurance companies (if any)) :

1. Nomor Polis dan Nama Perusahaan Asuransi (Policy Number and Insurance Name) : _____
2. Nomor Polis dan Nama Perusahaan Asuransi (Policy Number and Insurance Name) : _____

Apabila klaim disetujui maka pembayaran ke Pemegang Polis (If the claim payment is approved the payment will be transferred to Policyholder) :

1. Nama Lengkap (Full Name) : _____
2. Nama Bank (Bank Name) : _____
3. Cabang Bank (Bank Branch) : _____
4. Nomor Rekening (Account Number) : _____

Pengajuan klaim ini harus dilengkapi dengan Surat Keterangan Dokter dan Surat Kuasa Pemberian Rekam Medis
(Submission of this claim must be completed with a Filled Attending Physician's Statement and Power of Attorney to Disclose Medical Records)

PERNYATAAN DAN KUASA / STATEMENT AND POWER ATTORNEY

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti, dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan benar. Dengan ini saya memberikan kuasa kepada PT Hanwha Life Insurance Indonesia atau pihak yang diberi kuasa olehnya untuk memperoleh segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan /kesehatan saya dari Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Instansi Pemerintah, Perorangan atau Organisasi lainnya.

(I certify that I have read, understood, and answered the above questions correctly. I hereby give power to PT Hanwha Life Insurance Indonesia or parties authorized by it to obtain all notes / information regarding myself and my circumstances/my health from doctors, clinics, hospitals, health centers, insurance companies, legal entities, government agencies, individuals or other organizations)

Tanggal Penandatanganan (Signing Date) : _____ / _____ / _____

Tandatangan dan Nama Pemegang Polis
(Signature & Policyholder Name)

Tandatangan dan Nama Tertanggung
(Signature & Insured Name)

Surat Keterangan Dokter (Filled Physician's Statement)

Diisi oleh Dokter yang Merawat (To be Filled in Completely by The Attending Physician)

Data Pasien/Almarhum (ah)/Tertanggung (Patient/Deceased/Insured Details)

1. Nama Pasien (Name of the Patient)	:	_____
2. Nomor Rekam Medis (Medical Record Number)	:	_____
3. Tanggal Lahir (Date of Birth)	:	_____
4. Alamat (Address)	:	_____
5. Jenis Kelamin (Sex)	:	<input type="checkbox"/> Pria (Male) <input type="checkbox"/> Wanita (Female)
6. Dirawat sejak Tanggal (Date of hospitalization)	:	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

(tgl/bln/thn) (dd/mm/yyyy)

Riwayat Penyakit (History of Disease)

1. Anamnesa/Riwayat Penyakit (Anamneses/ History of disease):	_____
2. Tanggal gejala atau keluhan pertama kali diketahui pasien (Date of first occurrence of the symptom and complain):	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (tgl/bln/thn) (dd/mm/yyyy)
3. Tanggal pertama kali konsultasi (Date of first consultation):	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (tgl/bln/thn) (dd/mm/yyyy)
4. Nama dan alamat dokter yang merujuk (Name and address of referral doctor):	_____
5. Pemeriksaan penunjang yang dilakukan beserta hasilnya (Supporting examinations carried out and the results):	_____
6. Mohon penjelasan diagnosa yang ditegakkan secara rinci termasuk lokasi organ dan stadiumnya (Please describe the diagnosis in detail including the location of the organs and their stage):	_____
7. Kapankah tanggal diagnosa ditegakkan (When the diagnosis was made):	<input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (tgl/bln/thn) (dd/mm/yyyy)
8. Penyebab Diagnosa (Caused of Diagnose):	_____
9. Mohon penjelasan tanggal pertama kali diketahui penyebab diagnose tersebut? (Date of the first time the underlying disease was diagnosed):	_____
10. Terapi atau tindakan (Therapy or surgery):	_____
11. Apakah diagnosa di atas ada hubungannya dengan penyakit bawaan/kongenital? (Is the diagnosis above related to congenital deformities or anomalies and hereditary diseases?):	_____
12. Apakah diagnosa di atas ada hubungannya dengan kecelakaan? (Is the diagnosis above related to an accident?):	_____
13. Apakah menimbulkan cacat atau gangguan fungsi secara tetap? (Does it cause permanent disability or malfunction?):	_____
14. Bila "ya" berapa persen gangguan fungsi atau cacat tetapnya? (If "yes" what percentage of malfunctioning or permanent disability?):	_____
15. Mohon penjelasan perkiraan waktu yang dibutuhkan untuk penyembuhan? (Please describe estimated time needed for healing?):	_____
16. Bagaimana prognosis dalam 12 bulan mendatang? (What is the prognosis in the next 12 months?):	_____
17. Apakah pasien membutuhkan alat bantu? Bila "ya" mohon penjelasannya (Does the patient need assistive devices? If "yes" please explain):	_____

Surat Keterangan Dokter (Filled Physician's Statement)

Diisi oleh Dokter yang Merawat (To be Filled in Completely by The Attending Physician)

PERNYATAAN DOKTER (DOCTOR'S STATEMENT)

Saya, sebagai dokter yang merawat pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar sesuai pengetahuan yang saya miliki dan yakini (I, as a doctor who treat the patient, hereby declare that the foregoing answers are complete and correct to the best of my knowledge and belief)

Nama Dokter (Name of Doctor) : _____

Alamat Dokter / RS (Address of Doctor/Hospital) : _____

Spesialisasi (Specialist) : _____

NoTelp / HP (Phone Number) : _____

No. SIP Dokter (Doctor's SIP) : _____

Tempat dan tanggal
(Place and Date)

Tanda Tangan Dokter
(Signature of Doctor)

Cap Rumah Sakit
(Hospital Stamp)
