

FORMULIR KLAIM KECELAKAAN DIRI

PERSONAL ACCIDENT CLAIM FORM

Harap melengkapi Formulir klaim dengan benar sesuai dengan petunjuk berikut ini :

1. **Bagian A :** Harus diisi oleh Pasien/Tertanggung, jika pasien seorang anak maka diisi oleh orang tua/wali yang ditunjuk. Formulir harap diisi secara benar dan jelas.
Section A
To be completed by the Patient/Insured Person.
If the patient is a minor, this form must be completed by the parent or appointed guardian.
Please ensure that the form is filled out accurately and clearly
2. **Bagian B :** Mengenai rincian pengeluaran biaya, harap melampirkan kuitansi asli serta salinan resep. Harap diingat bahwa kami hanya menerima kuitansi asli. Harus dilengkapi dengan nama serta alamat dokter yang dapat kami hubungi.
Section B
Regarding the details of the medical expenses, please attach the original receipts along with a copy of the prescription.
Please note that only original receipts will be accepted.
The submission must also include the name and contact address of the attending physician for verification purposes.
3. **Bagian C :** Diisi dan dilengkapi oleh dokter yang merawat. Pengisian harus jelas dan berhubungan dengan pertanyaan yang diajukan.
Section C
All information must be filled out clearly and must directly address the questions provided.

Formulir ini harus diserahkan selambat – lambat nya 30 hari setelah perawatan dari Rumah Sakit atau sejak tanggal konsultasi.

This form must be submitted no later than 30 days after the date of hospital discharge or the date of consultation.

Bagian A : Harap diisi oleh pasien, jika pasien seorang anak diisi oleh orang tua atau walinya

Section A: To be completed by the patient. If the patient is a minor, this section must be completed by a parent or legal guardian.

1. Nama Tertanggung :
Insured Name

Tanggal Lahir :
Birth Date

Jenis Kelamin :
Gender

No. Polis :
Policy No

Tgl berakhirnya Periode Polis :
Policy Expire

Alamat Anda :
Your address

Tel./ Phone no. :

2. Apakah pengajuan klaim ini berasal dari perawatan yang dilakukan di luar Indonesia? *Is this claim submitted for treatment received outside of Indonesia?*

Ya/ Yes ☐

Tidak/ No ☐

Jika “Ya” harap dijelaskan pada kami/
Please provide details if “yes”

Negara tempat Anda mendapat perawatan medis/ *Where did your medical treatment take place?*

Tanggal Anda meninggalkan Indonesia :
Left Indonesia

Tgl Anda kembali ke Indonesia:
Return to Indonesia

3. Apakah klaim yang Anda ajukan berhubungan dengan/ *Your claim related to:*

Kehamilan atau persalinan/ *pregnancy or childbirth* Ya/ yes ☐ Tidak/ no ☐

Kecelakaan/ *accident* Ya/ yes ☐ Tidak/ no ☐

Tanggal, keadaan dan tempat kecelakaan/ *Date and place of accident*

Bagian B/ Section B : Perincian biaya, lampiran kwitansi serta salinan resep/ *Details of medical expenses, diagnosis and receipt*

4. Jelaskan mengenai sifat & kondisi penyakit/ *Brief your illness :*

Tanggal mulai diderita/
symptom started:

Tanggal mulai dirawat/ *admitted date :*

5. Apakah pernah mendapatkan perawatan sebelumnya untuk kondisi ini, jika pernah sebutkan tanggal, bulan dan tahun/ *Have you ever had the same medical treatment, brief details:*

6. Perincian biaya/ *detail of medical expenses:*

Tanggal Perawatan/ <i>date of medical treatment</i>	Rincian biaya pengobatan yang akan diajukan/ <i>expenses details</i>

Bagian C/ Section C : Mohon diisi selengkapny oleh dokter yang merawat untuk kepentingan pasien/ *To be fully completed by the attending doctor*

7. Diagnosa/ *diagnosis*

8. Kapan gejala pertama diketahui/ *symptom started*

9. Kapan pertama kali pasien berkonsultasi pada Anda/ *consultation date*

10. Jelaskan riwayat singkat penyakit sekarang atau kondisi yang berhubungan dengan penyakit sekarang, berikut tanggal dan tempat perawatan/ *history of illness or condition related to current illness*

11. Jelaskan komplikasi atau penyakit lain yang mempengaruhi kondisi sekarang/ *any complication or other illness that may affect the current condition*

12. Tindakan Lanjutan/ *follow up action*

13. Mohon dilampirkan pula dengan Resume Medis Lengkap/ *Medical summary*

Nama Anda dan Alamat lengkap/ *Your Name :*

No. Telp/ *Phone no. :*

Tanda tangan dan cap Rumah sakit _____
Signature and stamp

Tanggal : _____
Date

Jika klaim Anda disetujui, apakah Anda ingin kami membayarkannya secara langsung ke dalam rekening Bank Anda? Jika “Ya”, harap cantumkan secara detil rekening Bank Anda/ *Your bank account for receiving claim payment subject to approval of your submitted claim*

Nama Bank :
Bank account

Atas Nama :
Account name

Alamat Kantor Cabang:
Branch

Nomor Rekening:
Account number

SURAT KUASA UNTUK MEMBERIKAN INFORMASI MEDIS DAN PERNYATAAN *MEDICAL POWER OF ATTORNEY*

Saya dengan ini menyatakan bahwa/ *I hereby declare :*

1. Saya memberikan kuasa kepada dokter, rumah sakit atau penyelenggara pelayanan medis lainnya yang telah memberikan perawatan kepada Saya atau Orang yang dipertanggungjawabkan untuk memberikan setiap informasi yang mungkin dibutuhkan oleh PT. MNC Asuransi Indonesia untuk memeriksa apakah penggantian biaya yang saya ajukan layak klaim sesuai isi polis/ *I grant authorization to the doctor, hospital, or other medical service providers who have treated me or the insured person to provide any information that may be required by PT. MNC Asuransi Indonesia to verify whether the reimbursement claim I submit is eligible according to the policy terms.*
2. Biaya-biaya tersebut timbul dari perawatan yang saya atau Orang yang dipertanggungjawabkan terima secara langsung/ *The incurred expenses arise directly from the treatment received by me or the insured person*
3. Jumlah-jumlah yang terdapat pada bukti-bukti pembayaran, kwitansi atau dokumendokumen lain terlampir adalah sesuai dengan jumlah uang yang benar-benar telah saya bayarkan/ *The amounts stated in the attached payment receipts, invoices, or other documents are accurate and correspond to the actual amounts I have paid*
4. Saya tidak pernah sama sekali memberikan informasi palsu atau informasi yang menyesatkan pada saat menjawab setiap pertanyaan dalam formulir klaim ini atau pada saat memberikan informasi lainnya yang berhubungan dengan klaim ini/ *I have never provided false or misleading information when answering any questions in this claim form or when providing other information related to this claim*
5. Saya menyadari formulir klaim ini akan digunakan sebagai dasar dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari polis. apabila informasi, jawaban, keterangan dan/atau dokumen ternyata tidak benar, tidak lengkap, tidak terkini, dan/atau tidak sesuai kenyataannya, maka bertanggung sepakat dan menyetujui penanggung berhak menolak setiap klaim ganti rugi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian nilai klaim ganti rugi sehubungan dengan hak penanggung serta berhak untuk membatalkan dan mengakhiri polis dengan mengesampingkan pemberlakuan pasal 1266 dan pasal 1267 Kuhperdata serta peraturan lainnya yang mensyaratkan pembatalan atau pengakhiran polis melalui putusan pengadilan/ *I acknowledge that this claim form will be used as a basis and is an integral part of the policy. If the information, answers, descriptions and/or documents are proven to be incorrect, incomplete, out of date, and/or not in accordance with the reality, then the insured agrees and agrees that the insurer has the right to reject any compensation claim submitted and not to pay all or part of the value of the compensation claim in connection*



with the insurer's rights and has the right to cancel and terminate the policy by waiving the application of article 1266 and article 1267 of the Civil Code and other regulations requiring cancellation or termination of the policy through a court decision

Nama orang yang menandatangani Pernyataan ini/ *Sign by (your name)*

Tanda tangan/ *signature*

Tanggal/ *date*