

- Semua pertanyaan dibawah bersifat mandatory, harap dijawab dengan lengkap dan benar, dan beri tanda ✓ pada pilihan yang sesuai / All questions below are mandatory, please answer completely and correctly, and check ✓ at the appropriate choice
- Tidak menandatangani Formulir ini dalam keadaan kosong dan pastikan semua terisi lengkap dan benar sebelum menandatangani / Do not sign empty form and make sure all fields have been filled completely and correctly before signing
- Penulisan tanggal selalu menggunakan format tanggal-bulan-tahun / Dates should always be written in date-month-year format
- Apabila terjadi kesalahan penulisan, mohon tidak menghapus melainkan mencoret dan memberikan tanda tangan disebelahnya / In the event of inputting error, do not delete but cross the error out and sign next to it
- Diisi oleh Orang Tua (Pemegang Polis) apabila Tertanggung berusia di bawah 17 tahun (usia sebenarnya) / To be completed by Parents (Policy Holder) if the Insured is under 17 years old (actual age)

Persyaratan Klaim / Claim Requirements

- ☐ Formulir Asli Klaim Kesehatan yang telah diisi dengan benar dan lengkap oleh Tertanggung / Original Health Claim Form which has been filled out correctly and completely by the Insured
- ☐ Formulir Asli Klaim Kesehatan yang telah diisi dengan benar dan lengkap oleh Dokter / Original Health Claim Form which has been filled out correctly and completely by the Doctor
- ☐ Fotokopi KTP Tertanggung yang masih berlaku / Copy of the Insured's valid ID
- ☐ Fotokopi KTP Penerima Manfaat / Pemegang Polis yang masih berlaku / Copy of valid ID card of Beneficiary / Policy Holder
- ☐ Dokumen Asli kuitansi beserta rincian biaya Rumah Sakit / Original receipt along with details of Hospital charges
- ☐ Fotokopi hasil pemeriksaan penunjang / Copy of Supporting Examination Results
- ☐ Dokumen Asli Perincian obat-obatan, resep dokter dan rincian harga obat / Original details of drugs, doctor's prescriptions and drug price details
- ☐ Fotokopi buku tabungan atau rekening koran yang memuat informasi nomor rekening Pemegang Polis / Penerima Manfaat / Copy of savings book or checking account containing information of Policy Holder's / Beneficiary's Account Number
- ☐ Jika Tertanggung mengalami kecelakaan maka membutuhkan : / If the Insured has an accident, the followings are required :
 - Kronologis kecelakaan / Chronology of accident
 - Asli legalisir surat keterangan kepolisian apabila kejadian karena kecelakaan lalu lintas / Original legalized police statement in the event of traffic accident
 - SIM yang masih berlaku dalam hal Tertanggung mengemudi kendaraan bermotor pada saat terjadinya kecelakaan untuk kasus kecelakaan lalu lintas / A valid driver's license if the Insured was driving a motor vehicle at the time of accident in the event of traffic accident
- ☐ Dokumen - dokumen lain yang wajar dan relevan dengan proses pertanggungan serta penyelesaian klaim / Other reasonable and relevant documents pertaining to insurance and claim settlement process
- ☐ Jika Tertanggung mengajukan klaim secara Koordinasi Manfaat, dapat melampirkan dokumen koordinasi manfaat dari asuransi terkait / If the insured submits a claim under the Coordination of Benefit, please attach a document of the coordination of benefits from relevant insurance company

Seluruh dokumen syarat klaim harus tertulis dalam bahasa Indonesia atau Inggris / All required documents for claim must be in Indonesian or English.

98% Tertanggung MERASAKAN proses klaim yang CEPAT dan TEPAT dengan mengisi formulir ini dengan BENAR dan LENGKAP
 98% of Insured EXPERIENCED FAST and ACCURATE claim process by filling this form CORRECTLY and COMPLETELY

Mohon mengisi dengan menggunakan pulpen warna hitam, huruf cetak dan tulisan tidak keluar dari kotak dan jelas
 Please fill in the form with black pen in block letters within the boxes in clear legible form

A. Keterangan yang mengajukan Klaim Claimant Information

- Nomor Polis / Kepesertaan Policy / Membership Number :
- Nama Pemegang Polis Policy Holder's Name :
- NIK Pemegang Polis Policy Holder's ID Number :
- Hubungan Pemegang Polis dengan Tertanggung : ☐ Diri Sendiri / Myself ☐ Suami / Husband ☐ Istri / Wife
☐ Anak / Child ☐ Orang Tua / Parent ☐ Lainnya / Others : _____
- Nama Tertanggung Insured's Name :
- NIK Tertanggung Insured's ID Number :
- Tanggal Lahir Tertanggung (Usia) : - - Usia / Age :
- Jenis Kelamin Tertanggung Insured's Sex : ☐ Perempuan / Female ☐ Laki-laki / Male
- No Seluler Pemegang Polis Policy Holder's Mobile number :
- Email Pemegang Polis Policy Holder's Email :
- Alasan Tertanggung menjalani perawatan / masuk Rumah Sakit, mohon jelaskan sesuai diagnosis dokter
Reason for the Insured's hospital treatment / hospitalization, please explain according to the doctor's diagnosis

Jenis Klaim / Claim Type

[illegible]

In the event of hospitalization due to illness

1. Keluhan & gejala yang menyebabkan masuk Rumah Sakit
Complaints and symptoms leading to hospitalization

Tanggal pertama kali keluhan dan gejala dirasakan
Date when the complaints and symptoms are first felt :

Tanggal : - -
Date (dd - mm - yyyy)

2. Nama Penyakit / Diagnosis :
Disease Name / Diagnosis

In the event of hospitalization due to accident

Tempat terjadinya kecelakaan : <i>Place of accident</i>	Tanggal : - - <i>Date</i> (dd - mm - yyyy)
---	--

Kronologis terjadinya kecelakaan (Informasi Tertanggung) : <i>Chronology of accident (Insured/Patient Information)</i>	Jam mengalami Kecelakaan : . <i>Time of Accident</i>
--	---

Name of doctor /hospital /public health centre /laboratory /any other treatment centre visited for consultation of other disease?

Tanggal Perawatan <i>Treatment Date</i>	Rumah Sakit <i>Hospitals</i>	Nama dokter yang merawat <i>Name of treating doctor</i>	Diagnosa <i>Diagnosis</i>

Does the Insured have life and/or health insurance with another insurance company?

☐ Tidak / No

Nama Perusahaan Asuransi <i>Insurance Company Name</i>	Nomor Polis <i>Policy Number</i>	Tahun (Periode) Pertanggung <i>Insurance Year (Period)</i>	Perawatan saat ini, diasuransikan di perusahaan/asuransi lain/BPJS (IYA / TIDAK) <i>Is the current treatment insured with other companies/insurance/Social Health Insurance Administration Agency (BPJS) (YES / NO)</i>

[illegible][illegible][illegible]

Yang bertanda tangan dibawah ini
I' the undersigned

Nama :
Name :

Tanggal Lahir (tanggal/bulan/tahun) : - -
Date of Birth (dd/mm/yyyy)

Alamat :
Address :

No. Telepon :
Phone Number

No KTP (WNI) / Paspor (WNA) :
ID No (for Indonesia citizen) /
Passport No. (for Foreigners)

Hubungan dengan Tertanggung : ☐ Sendiri ☐ Suami ☐ Istri ☐ Anak ☐ Lainnya : _____
Relationship with the Insured Myself Husband Wife Child Others

Dengan ini saya memberi kuasa penuh kepada :
I hereby grant full power to:

- Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Laboratorium, Perusahaan Asuransi, Perusahaan Reasuransi, Badan hukum, perorangan atau organisasi atau pihak-pihak lainnya dan atau institusi pelayanan medis lainnya untuk memberikan keterangan dan/atau catatan medis, sehubungan dengan diagnosa dan/atau pelayanan medis yang diberikan kepada Saya atau keluarga Saya yang menjadi Tertanggung, dan
Doctors, hospitals, clinics, public health centers, laboratories, insurance companies, reinsurance companies, legal entities, individuals or organizations or other parties and/or other medical service institutions to provide information and/or medical records, in connection with diagnoses and/or medical treatment provided to me or my family as the Insured, and
- PT Asuransi Jiwa BCA untuk mendapatkan informasi medis dari setiap Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Laboratorium, Perusahaan Asuransi, Perusahaan Reasuransi, Badan hukum, perorangan atau organisasi atau pihak-pihak lainnya dan atau institusi pelayanan medis lainnya yang telah memeriksa, merawat atau mengobati pasien tersebut diatas, mengenai segala hal yang diperlukan sehubungan dengan kesehatan dalam rangka memproses klaim asuransi yang saya ajukan.
PT Asuransi Jiwa BCA is entitled to obtaining medical information from any doctor, hospital, clinic, public health centre, laboratory, insurance company, reinsurance company, legal entity, individual or organization or other parties and or other medical service institutions which have examined, cared for or treated the above mentioned patient concerning all health-related matters that are required to process the insurance claim I submitted.

Surat Kuasa ini ditandatangani tanpa adanya tekanan/paksaan dari pihak manapun. Saya setuju bahwa salinan Surat Kuasa ini memiliki kekuatan hukum yang sama dan sah seperti aslinya. Demikian Surat Kuasa ini Saya buat dengan sebenarnya dan tanpa paksaan dari pihak manapun.
This Power of Attorney is signed without any pressure/coercion from any party. I agree that the copy of this Power of Attorney has equal legal force and effect as the original. Thus this Power of Attorney has been made truthfully by me without coercion from any party.

Yang memberi kuasa,
Authorizer,

Nama Jelas :
Full Name :

Tanggal : - -
Date (dd - mm - yyyy)