

## Formulir Klaim Penyakit Kritis / *Critical Illness Form*

Semua bagian dalam formulir ini WAJIB diisi dengan BENAR & LENGKAP sehingga klaim dapat diproses dengan cepat dan akurat. Terima kasih atas kerjasamanya.  
*All sections in this form MUST be filled CORRECTLY AND COMPLETELY in order to assure a fast and accurate claim processing. Thank you for your cooperation.*

<b>A. ADMINISTRASI (Bagian A dilengkapi oleh Pemilik Polis/Tertanggung)/ ADMINISTRATIVE (Section A to be completed by Policy Holder/Insured)</b>	
No. Polis/ <i>Policy No:</i>	Nama Pemilik Polis/ <i>Policy Holder Name:</i>
Nama Tertanggung/ <i>The Insured Name:</i>	
<b>RINCIAN PASIEN/PATIENT'S DETAILS</b>	
Nama Pasien/ <i>Patient Name:</i>	Tanggal lahir/ <i>Date of birth (dd/mm/yyyy):</i>
No. Identitas/Paspor/ <i>ID/Passport No:</i>	Jenis kelamin/ <i>Gender:</i> <input type="checkbox"/> Laki-laki/ <i>Male</i> <input type="checkbox"/> Perempuan/ <i>Female</i>
Alamat/ <i>Address:</i>	No. Telp./ <i>Contact number:</i>
Penyebab Penyakit Kritis <i>Cause of Critical Illness :</i>  <input type="checkbox"/> Penyakit / <i>Disease</i>  <input type="checkbox"/> Kecelakaan / <i>Accident</i>	Dilengkapi jika Penyakit Kritis disebabkan karena Kecelakaan <i>To be completed if Critical Illness caused by Accident</i>  Tempat Kecelakaan / <i>Accident place :</i> _____ Tanggal dan Waktu Kecelakaan : ____/____/____ Jam : _____ <i>Occurance Date: (dd/mm/yyyy) Time:</i>  Kronologis kejadian (dapat dibuat di lembar terpisah) <i>Chronology (can be written on separated paper if needed)</i>
Gejala atau Keluhan saat ini / <i>Current symptom or complaint :</i>	
Tanggal gejala atau keluhan pertama kali diketahui (tgl/bln/thn) : <i>Date of first occurrence of symptom and complaint (dd/mm/yyyy) :</i>  Tanggal pertama kali berkonsultasi dengan dokter atas gejala & keluhan tersebut : <i>Date of first consultation to doctor about current symptom or complaint (dd/mm/yyyy):</i>  Tanggal pertama kali diagnosa atas penyakit diberikan (tgl/bln/thn) : <i>Date of first diagnosed (dd/mm/yyyy):</i>	Nama Dokter yang memberikan diagnosa : <i>Physician Name :</i>  Alamat Dokter dan/atau Rumah Sakit : <i>Address of Doctor &amp;/or Hospital :</i>
<b>Apabila dilakukan pembedahan / <i>If surgical procedure is performed</i></b>	
Jenis>Nama Pembedahan : _____ <i>Name of Surgical Procedure</i> Tanggal Pembedahan : ____/____/____ <i>Date of Surgical (dd/mm/yyyy)</i> Nama Dokter Bedah : _____ <i>Surgeon's Name</i> Nama Rumah Sakit : _____ <i>Hospital's Name</i>	

Apakah sebelumnya Anda pernah menderita atau mendapat perawatan untuk penyakit yang sama ?  YA  TIDAK  
*Was previously you had suffered or hospitalized with the same illness ?* Yes No

Jika " Ya ", Kapan \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*If " Yes", When (dd/mm/yyyy)*

Nama Dokter yang memeriksa : \_\_\_\_\_ Alamat Dokter / Rumah Sakit : \_\_\_\_\_  
*Treating Doctor's Name: Doctor's / Hospital Address:*

Adakah riwayat konsultasi/rawat jalan/rawat inap yang dilakukan di rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya dalam 5 tahun terakhir?  
*Was there any previous consultation/treatment/hospitalization in the last 5 years in hospital or any other facilities?*  
 Jika ADA, mohon untuk memberikan penjelasan di bawah ini/ *If YES, please provide details below:*

Tanggal <i>Date</i>	Penyakit/Kelainan (rincian pengobatan) <i>Disease/Disorder (details of treatment)</i>	Nama Dokter/Rumah Sakit <i>Doctor Name/Hospital</i>	Alamat dan No telepon Dokter/Rumah Sakit <i>Address and Telephone Number of Doctor/Hospital</i>

**MOHON JAWAB PERTANYAAN BERIKUT JIKA ANDA MENGAJUKAN KLAIM UNTUK PERAWATAN DI LUAR NEGERI / DI LUAR WILAYAH  
 PERTANGGUNGAN / PLEASE ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS IF YOU ARE CLAIMING FOR OVERSEAS TREATMENT / OUTSIDE COVERED AREA**

Negara di mana perawatan dilakukan / *Country where the treatment took place :*

Alasan pasien keluar negeri / *Patient's reason of being overseas :*

Tanggal keberangkatan dan kembali ke Indonesia/wilayah pertanggungungan / *Date of departure and return to Indonesia/covered area*  
 Dari/From (dd/mm/yyyy): \_\_\_\_\_ Sampai/To (dd/mm/yyyy) : \_\_\_\_\_

Mohon untuk melampirkan salinan Paspor & Visa  
*Please enclose the copy of Passport & Visa*

**PERNYATAAN DAN KUASA PEMILIK POLIS ATAS DATA TERTANGGUNG**  
**POLICY OWNER DECLARATION AND POWER OF ATTORNEY OF INSURED'S DETAILS**

Dengan ini Saya menyatakan dan menyetujui bahwa/*I hereby declare and agree that:*

1. Saya telah membaca, mengerti, menjawab, dan mengisi pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan sebenar-benarnya, lengkap, dan sesuai keadaan sebenarnya.  
*I have read, understand, answer and fill in all the questions above with the honest truth, complete and in accordance with actual condition*
2. Saya memberi kuasa yang tidak akan berakhir karena sebab-sebab yang tercantum dalam pasal 1813 KUH Perdata kepada setiap dokter, klinik, rumah sakit, puskesmas, laboratorium, institusi medis manapun, perusahaan asuransi, badan hukum, lembaga, atau perorangan yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung, untuk memberitahukan kepada PT Sun Life Financial Indonesia atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Tertanggung sebagaimana halnya Tertanggung telah memberi kuasa yang sama dalam Surat Permohonan Asuransi Jiwa.  
*I give power that will not expire for reasons listed in article 1813 Civil Code to any doctor, clinics, hospitals, health centers, laboratories, medical institutions, insurance companies, legal entities, agencies, or individuals who are record/information or know the condition/health of Insured, to inform PT Sun Life Financial Indonesia ("company"), or those authorized by him, all records/information about themselves and the condition/health of the insured.*
3. Seluruh keterangan yang tercantum dalam Formulir Klaim ini ditulis dengan benar dan Saya menyadari bahwa salinan Pernyataan Pemberian Kuasa dari Pemilik Polis ini dapat berlaku sebagaimana mestinya.  
*All information in this Claim Form was written truthfully and I hereby agree that this Declaration and Power of Attorney to be used promptly.*
4. Salinan/fotokopi dari pernyataan dan kuasa ini sama sah dan berlakunya sesuai dengan dokumen aslinya.  
*Copy of the this Declaration is as valid and has same power in accordance with the original document.*
5. Saya memberikuasa kepada agen saya untuk membahas kondisi medis Tertanggung sebagaimana mestinya dengan PT Sun Life Financial Indonesia .  
*I authorizemy financial advisor/agent to discuss medical conditions of the Insured as necessary with my insurer or its authorized agent on my behalf.*

Tanda tangan Pemilik Polis/*Signature of Policy Owner :*

Tanggal/*Date:*

Materai / *Stamp*

Rp. 6000

Nama lengkap / *Full Name :*

**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 diagnose or working diagnose</i>	Tanggal pertama kali diagnosis ditetapkan (tgl/bln/thn): <i>Specified date of first diagnose (dd/mm/yyyy)</i>
Terapi Medis / <i>Medical Therapy :</i>	
Mohon diuraikan hal-hal yang menyebabkan penyakit pasien. <i>Please explain cause of disease</i>	
<b>Apabila dilakukan pembedahan / <i>If surgical procedure is performed</i></b>	
Jenis/Nama Pembedahan <i>Name of Surgical Procedure</i>	_____
Tanggal Pembedahan <i>Date of Surgical</i>	____/____/____ ( <i>dd/mm/yyyy</i> )
Nama Dokter Bedah <i>Surgeon's Name</i>	_____
Nama Rumah Sakit <i>Hospital's Name</i>	_____
Adakah penyakit peserta <i>Is there any comorbidity</i>	: <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK <i>Yes No</i>
Jika "YA", mohon disebutkan <i>If "YES", please state</i>	_____
Sejak kapan terdiagnosa <i>Diagnosed since</i>	_____ DD-MM-YYYY
Apakah sebelumnya pasien pernah menderita penyakit yang sama? <i>Was previously patient had suffered the same illness ?</i>	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK <i>Yes No</i>
Jika "Ya", Kapan <i>If "Yes", When</i>	____/____/____ ( <i>dd/mm/yyyy</i> )
Nama Dokter yang memeriksa : <i>Treating Doctor's Name:</i>	Alamat Dokter / Rumah Sakit : <i>Doctor's / Hospital Address:</i>

Apakah kondisi tersebut disebabkan atau ada kaitannya dengan kondisi yang disebutkan berikut ini/ *Was the condition caused by or in any way associated with condition mentioned below :*

- |  |                                 |                                   |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|
| 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 ( <i>Sexual Transmitted Diseases</i> )/AIDS?  | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |
| c. Psikiatri dan gangguan kejiwaan/ <i>Psychiatric and mental disorder?</i>                                  | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |
| d. Cacat, kelainan bawaan, dan <i>herediter/Congenital deformities or anomalies and hereditary</i>           | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |
| e. Bunuh diri, ketidakwarasan, atau melukai diri sendiri/ <i>Suicide, insanity or self-inflicted injury?</i> | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |
| f. Gangguan kehamilan, melahirkan, dan komplikasi/ <i>Pregnancy syndrome, delivery and complication?</i>     | <input type="checkbox"/> Ya/Yes | <input type="checkbox"/> Tidak/No |
| g. Kecelakaan/ <i>Accident?</i>  | <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:*

\_\_\_\_\_

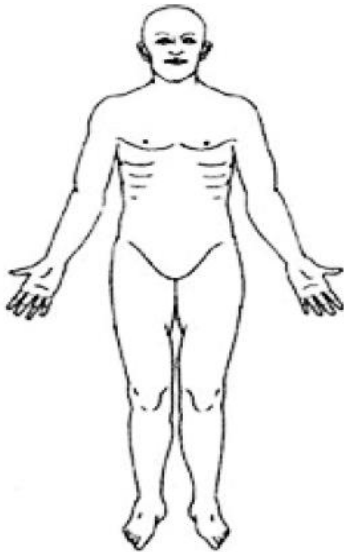
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

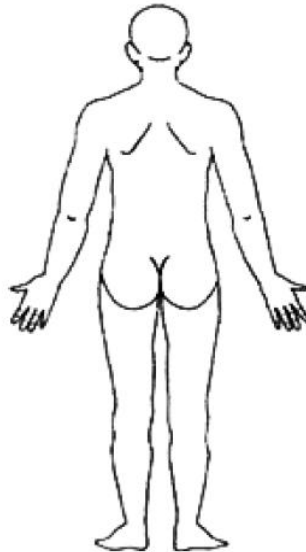
**Apabila akibat Kecelakaan / *If caused by an Accident***

Tempat Kecelakaan /*Accident place* : \_\_\_\_\_  
 Tanggal dan Waktu Kecelakaan : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Jam : \_\_\_\_\_  
*Occurance Date: (dd/mm/yyyy) Time:*

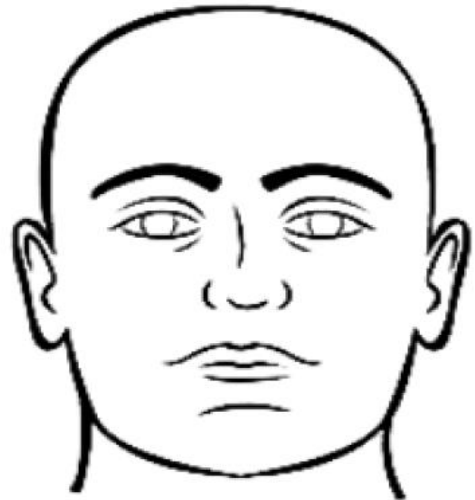
Penyebab Kecelakaan : \_\_\_\_\_  
*Cause of accident*  
 Status Lokal / *Local Status* :



Tampak Depan  
*Front View*



Tampak Belakang  
*Back View*



Wajah  
*Face*

Saya sebagai dokter yang merawat/menangani pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan di atas dengan LENGKAP dan BENAR sesuai dengan keadaan dan keilmuan yang berlaku. Saya bertanggung-jawab atas seluruh jawaban yang ada dan bersedia bertanggung-jawab apabila terjadi sengketa dikarenakan jawaban saya tersebut.  
*I hereby state as the doctor who treated of the above mentioned patient, that I have read and answered the questions in this form COMPLETELY AND CORRECTLY according with the condition and medical knowledge that applicable. I am responsible for all of my answers and will responsible in case of any dispute due to my answers.*

Nama Dokter/*Doctor's Name* : \_\_\_\_\_

Alamat/*Address* : \_\_\_\_\_

Tempat dan tanggal/ *Place and date* : \_\_\_\_\_

Tanda tangan dokter dan stempel rumah sakit : \_\_\_\_\_  
*Signature of doctor and stamp of hospital or doctor*

Catatan :  
 Seluruh jawaban dan pernyataan dalam Formulir ini dapat diajukan oleh Perusahaan kepada IDI (Ikatan Dokter Indonesia), MKDKI (Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia) & MKEK (Majelis Kehormatan Etik Kedokteran) dalam rangka Audit Medik sesuai UU Praktik Kedokteran Pasal 44, Pasal 49 dan Pasal 74

**C. Surat Permintaan Pembayaran Klaim (Bagian C dilengkapi oleh Pemilik Polis)**  
**Claim Payment Request (Section C to be completed by Policy Holder)**

No. Polis <i>Policy No.</i>	:	_____
Nama Pemilik Polis <i>Policy Holder's Name</i>	:	_____
Nama Tertanggung <i>Insured's Name</i>	:	_____
Nama Bank <i>Name of Bank</i>	:	_____
Cabang /Branch	:	_____
No. Rekening <i>Bank account number</i>	:	_____
Nama Pemilik Rekening <i>The name of the account holder</i>	:	_____

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 agree otherwise in writing.*

**D. DOKUMEN PENDUKUNG YANG WAJIB DILAMPIRKAN / SUPPORTING DOCUMENTS WHICH MUST BE SUBMITTED:**

- (i) Formulir klaim yang telah diisi dengan lengkap ;  
*Completed claim form*
- (ii) Seluruh hasil pemeriksaan laboratorium dan radiologi (asli atau fotokopi);  
*All the results of laboratory tests and radiology (original or copy)*
- (iii) Bukti diri dari Pemilik Polis dan Tertanggung atau Penerima Manfaat (fotokopi);  
*ID of Policy Holder and Insured or Beneficiary (copy)*
- (iv) Surat Berita Acara dari Kepolisian dalam hal Penyakit disebabkan oleh Kecelakaan (asli);  
*Police report for accident (original)*
- (v) 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 occurs in foreign country (original)*
- (vi) 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 1 500SUN (786), nomor faksimile (021) 2966 9806 dengan memberikan nomor Polis. Anda juga dapat mengakses [www.sunlife.co.id](http://www.sunlife.co.id) untuk mengetahui info terkini seputar PT Sun Life Financial Indonesia

*If you have any questions regarding this form or any other questions of the coverage, please contact Customer Contact Center on 1 500SUN (786), fax number (021) 2966 9806 quoting your Policy numbers. You can also access [www.sunlife.co.id](http://www.sunlife.co.id) to know the update info about the PT Sun Life Financial Indonesia.*

Klaim harus diajukan beserta dokumen pendukung dalam waktu **30 (tiga puluh) hari** sejak Penyakit Kritis dinyatakan oleh Dokter Ahli. Kirimkan formulir klaim ini beserta dokumen pendukung kepada Departemen Klaim, PT Sun Life Financial Indonesia, Menara Sun Life Lantai 11, Jln. Dr. Ide Anak Agung Gde Agung Blok 6.3, Kawasan Mega Kuningan, Jakarta Selatan 12950, Indonesia.

*Claims must be submitted along with supporting documents within 30 days from Critical Illness diagnosed by Specialist. Send this claim form together with supporting documents to Claim Department, PT Sun Life Financial Indonesia, Menara Sun Life Lantai 11, Jln. Dr. Ide Anak Agung Gde Agung Blok 6.3, Kawasan Mega Kuningan, South Jakarta 12950, Indonesia.*