

## Asuransi Kumpulan Group Medical Insurance

Nama Perusahaan / Name of Company : \_\_\_\_\_

Nama Karyawan / Employee Name : \_\_\_\_\_

Nama Peserta / Member Name : \_\_\_\_\_

No Peserta Asuransi  
Insurance Registration No / EIN : \_\_\_\_\_

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

Tanggal Kejadian / Date of Happening : \_\_\_\_\_

Tempat Kejadian / Place of Happening : \_\_\_\_\_

Kronologis Kejadian / Chronology of Death : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Status Peserta / Relation :  Karyawan  
Him / Herself  Istri/Suami  
Wife / Husband  Anak  
Child

Jenis Pengajuan / Type of Claim :  Klaim Baru  
New Claim  Pemenuhan kelengkapan klaim sebelumnya  
Fulfillment of incomplete previous claim

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan benar. Dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, perusahaan asuransi dan badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan kesehatan saya untuk memberitahukan kepada PT. Asuransi Adira Dinamika atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan saya. Copy dari pernyataan ini sama kuat dan sahnyanya seperti aslinya.

*I hereby declared that I have read, understood and answered any the above question completely and correctly. I also hereby authorized any physician, clinic, hospital, public health center, insurance company and any legal institution, personal or otherwise that have any records or information on my health condition to inform PT. Asuransi Adira Dinamika or its authorized party accordingly. A copy of this statement should be regarded as valid and legal as the original.*

\_\_\_\_\_  
Stempel, Tanda Tangan & Nama Jelas  
Company's Chop, Signature & Name of Authorized Signatory

Catatan: Tolong lampirkan di dalam dokumen:  
Note: Please submit full document

1. Form duka lengkap  
Complete form of death
2. Kartu asli peserta asuransi  
Original member card
3. Fotocopy KTP peserta  
Copy of identity card of deceased
4. Fotocopy KTP pengaju klaim  
Copy of claimant's identity card
5. Fotocopy kartu keluarga (hubungan pengaju klaim)  
Copy of claimant's family card
6. Surat keterangan meninggal dunia dari instansi yang berwenang (asli/legalisir)  
Data report from the government authority (original/legalized)
7. Surat keterangan dari dokter yang menyatakan penyebab kematian atau visum (Jika meninggal di tempat pelayanan kesehatan)  
Medical report signed by the attending doctor or visum (If due to hospitalized)
8. Laporan/berita acara kepolisian (Jika kecelakaan)  
Policy report (If due to accident)

### PETUNJUK PENGAJUAN KLAIM / GUIDELINE OF CLAIM SUBMISSION

1. Formulir ini harus dilengkapi dan hanya berlaku untuk SATU orang pasien dan harus diisi dengan lengkap dan ditandatangani oleh peserta atau orang tua jika pasien adalah anak-anak.  
This Form should be completed for the inpatient claims of ONE patient only and must be fully completed and must be fully completed and signed by the insured person or by his/her parents for minor patient.
2. Formulir ini harus diisi dengan lengkap, benar dan jelas.  
This form should be filled in correctly, completely and clearly.
3. Klaim baru dapat diteliti dan diproses lebih lanjut hanya bila semua dokumen pendukung pengajuan klaim telah diisi, dilengkapi, dan dilampirkan. Dokumen pendukung pengajuan klaim meliputi : Surat Jaminan, Formulir Klaim, Kwitansi Asli beserta perinciannya dimana terdapat nama pasien, tanggal perawatan dan biaya perawatan, copy resep obat-obatan, hasil pemeriksaan penunjang diagnostic dan Histopatologi.  
The Claim can only be processed if all supporting documents have been filled in, completed and attached. The Supporting documents shall include : Guarantee Letter, Claim Form, All Original Receipt, bearing the name of the patient, date of treatment and amount charged, detailed report of medical prescription, laboratory / radiology results and Histopathology Report.