

SYARAT PENGAJUAN KLAIM REIMBURSEMENT :

Klaim Reimbursement diajukan jika saat Rawat Inap Tertanggung tidak dirawat disalah satu RS Rekanan atau karena klaim pertama kali diajukan ke Asuransi Lain (Klaim Koordinasi), maka Tertanggung disarankan untuk mengajukan klaim secara reimbursement dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Perawatan harus dilakukan di Rumah Sakit yang Berbadan Hukum Rumah Sakit (bukan klinik)
2. Melampirkan Form Pengajuan Klaim Perawatan Rumah Sakit (Form Sequislife)
3. Surat Pernyataan Persetujuan (Form Sequislife) yang ditanda tangani oleh Tertanggung diatas materai 6000 (bila Tertanggung berusia > 17th)
4. Form Surat Keterangan Dokter (Form Sequislife) yang diisi dalam bahasa Indonesia atau bahasa Inggris* oleh dokter yang merawat.
**Selain bahasa tersebut wajib dilengkapi dengan terjemahan dari penterjemah yang tersumpah.*
5. Fotocopy KTP Pemegang Polis & Tertanggung (bila telah berusia >17th dan memiliki KTP)
6. Kwitansi Pembayaran Biaya RS Asli & Rincian Tagihan asli yang dikeluarkan oleh Rumah Sakit termasuk untuk perawatan diluar negeri*
**Bila kedua dokumen tersebut telah diserahkan kepada Asuransi lain, dapat diganti dengan fotocopy yang dilegalisir oleh Asuransi Lain disertai Surat Rincian Pembayaran Dari Pihak Asuransi Lain Tsb (SURAT KOORDINASI MANFAAT)*
7. Rincian Obat – obatan dari RS yang dikonsumsi selama perawatan termasuk untuk perawatan di luar negeri
8. Hasil pemeriksaan yang dilakukan selama perawatan di RS (Lab, Rontgen, Radiology, ECG dll)
9. Kronologis kejadian lengkap dengan tanggal, bulan, tahun & jam kejadian (bila kecelakaan)
10. Apabila pembayaran akan dikuasakan kepada suami/istri/orang tua/anak, harus menyerahkan surat kuasa (Format Surat Kuasa dari Sequislife)

PROSES PENGAJUAN KLAIM

Agar proses klaim dapat berjalan dengan lancar maka harus dipastikan dan dipahami prosedurnya yang benar :

- **Langkah I**

Mintalah form pengajuan klaim pada kantor cabang kami atau download di www.teamjala.com

- **Langkah II**

Pastikan semua form pengajuan klaim telah terisi dengan data yang benar dan seluruh dokumen pendukung lengkap termasuk Surat Keterangan Dokter (yang diisi oleh Dokter yang merawat)

- **Langkah III**

Setelah semua dokumen lengkap, dokumen dapat diserahkan ke salah satu kantor cabang Sequislife

- **Langkah IV**

Proses klaim berlangsung 14 hari kerja, untuk klaim kesehatan & klaim meninggal dunia setelah data lengkap diterima kantor pusat. **Tambahan waktu diperlukan untuk klaim yang membutuhkan penelusuran lebih lanjut*

- **Langkah V**

Setelah klaim disetujui, pembayaran akan langsung ditransfer ke rekening bank anda

**Review berdasarkan pada tanggal polis (kontrak polis) sampai dengan terjadinya resiko meninggal dunia*

- **Contestable Period (Masa Percobaan) :**

Pada case dimana klaim diajukan sebelum polis berusia 2th, akan diperlukan penelusuran lebih lanjut

- **Non Contestable Period**

Untuk polis yang telah berusia lebih dari 2 tahun, setelah semua dokumen dilengkapi, pengajuan klaim akan diproses

Petunjuk Pengisian Formulir :

- Penulisan menggunakan TINTA HITAM dan huruf KAPITAL.
- Semua Dokumen Pengajuan dan Pertanyaan pada Formulir Klaim & Surat Keterangan Dokter harus diisi dengan benar, lengkap dan jelas tanpa pembebanan kepada PT AJ Sequislife.
- WAJIB melampirkan dokumen & hasil-hasil pemeriksaan penunjang.
- Apabila penerima manfaat lebih dari satu, tambahkan informasi pada halaman dibalik ini.

Saya yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap :

Nomor KTP :

Alamat :

Kode Pos :

Nomor Telepon : - Handphone : -

E-Mail :

Hubungan dengan Tertanggung :

Diri Sendiri Pasangan Orang Tua Anak Saudara Kandung Lainnya _____

Ingin mengajukan klaim atas polis:

Nomor Polis :

Nama Pemegang Polis :

Nama Tertanggung :

Alamat :

Nomor Telepon : - Handphone : -

E-Mail :

Jenis Klaim : Klaim Kematian Penyakit Kritis Cacat Tetap/Sebagian Bebas Premi Kesehatan

Tanggal Kejadian / Perawatan : / / Selesai Perawatan (untuk klaim Kesehatan) : / /

Penyebab Dirawat / Cacat / Meninggal : Penyakit Kecelakaan

Berikan gambaran secara singkat mengenai gejala / kejadiannya :

Apakah tertanggung diasuransikan di perusahaan asuransi lain ?

Tidak Ya, mohon isi kolom di bawah ini

Nama Perusahaan :

Nomor Polis (pisahkan dengan tanda koma apabila memiliki lebih dari 1 polis) :

Pembayaran dapat dilakukan dengan Transfer pada

Bank :

Cabang :

Kota :

Nama Pemilik Rekening :

Nomor Rekening :

Demikian pengajuan klaim ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

/ /

Tanda Tangan dan Nama Jelas

PERNYATAAN PERSETUJUAN (Written Consent)

Yang bertanda tangan dibawah ini (*Herewith*) :

Nama / Name : _____
Alias / Alias : _____
Alamat / Address : _____
No. KTP / ID Number : _____

Sebagai / *as of* * Tertanggung / *Insured* Pemegang Polis/*Policy Holder* Ahli Waris/*Beneficiary* dari :

* Jika Pemegang Polis sama dengan Tertanggung maka data dibawah ini tidak perlu diisi / (If the Policy Holder also acts as the Insured, the following information can be left blank)

Nama / Name : _____
Alias / Alias : _____
Alamat / Address : _____

Dengan ini saya memberikan / *I hereby* :

1. Persetujuan kepada Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan atau Organisasi lainnya, yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung/Pemegang Polis dan memberikan catatan atau keterangan tersebut kepada PT Asuransi Jiwa Sequislife sehubungan dengan pengajuan klaim yang sedang diajukan.
Consent to the Physicians, Hospital, Clinic, Public Health Services, Insurance Company, Legal Institution, Individual or other Organizations, having record/information or know the existence/health Insured/Policyholders and provide the record or information to PT Asuransi Jiwa Sequislife relevant to the claim process
2. Kuasa kepada PT. Asuransi Jiwa Sequis Life untuk mendapatkan segala suatu tentang keterangan atau catatan medis dari Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan atau Organisasi lainnya.
Authorize to PT. Asuransi Jiwa Sequis Life to gather all information/medical record from Physicians, Hospital, Clinic, Public Health Services, Insurance Company, Legal Institution, Individual or other Organizations to the diagnosis and/or health service provided

Saya membebaskan PT. Asuransi Jiwa Sequis Life serta pihak lain yang telah memberikan keterangan atau catatan tersebut dari segala tuntutan hukum.

I release PT Asuransi Jiwa Sequis Life and other parties who have provided the information or notes from all legal litigation.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dan salinan fotokopy dari pernyataan ini sama sah dan berlaku seperti aslinya, bersifat dan mempunyai kekuatan hukum yang sama.

I certify that this statement is true and the photographic copy of this statement has the same legal force as the original

Tempat & Tanggal / /
Place & Date

Yang membuat Pernyataan/*Certifier*

Materai Rp. 6.000

*Tandatangan & Nama
Signature & Name*

SURAT KETERANGAN DOKTER/ATTENDING PHYSICIAN STATEMENT

Klaim Perawatan Rumah Sakit/Hospitalization Claim

Dilisi dengan lengkap oleh dokter yang merawat dalam bahasa Indonesia atau Inggris
(To be completed by Attending Phycisian, in bahasa Indonesia or English ONLY)

1. Nama pasien / Name of the patient : _____
2. Nomor identitas / ID or Passport number : _____
3. Tanggal lahir; usia; / Date of birth; age : _____
4. Jenis kelamin / Sex : Laki-laki/Male Perempuan/Female
5. Nomor rekam medis / Medical record number : _____
6. Tanggal perawatan / Date of treatment : s/d- to
 tgl/bln/thn / dd/mm/yyyy tgl/bln/thn / dd/mm/yyyy
 Rawat inap / Inpatient
 Rawat jalan / Outpatient
7. Anamnesa / Anamnesis; Riwayat penyakit / History of disease : _____

8. Tanggal gejala atau keluhan pertamakali diketahui pasien / Date of first occurrence of the symptom and complaint : - - tgl/bln/thn / dd/mm/yyyy
9. Tanggal pertamakali konsultasi untuk sakit/kelainan ini / Date of first consultation for this disease : - - tgl/bln/thn / dd/mm/yyyy
10. Nama dan alamat dokter yang merujuk / Name and address of referral doctor : _____
11. Jenis dan hasil pemeriksaan fisik,lab,rontgen,CT Scan, hasil PA dll / Physical examination result (lab, X-ray, CT scan, clinical Pathology Result, etc) : _____

12. Diagnosa atau dugaan diagnosa / Final diagnosis or Working diagnosis : _____
 Kode ICD X / ICD Code X : _____
13. Terapi atau tindakan / Therapy or treatment : _____

14. Indikasi medis rawat inap / rawat jalan / Medical indication for inpatient / outpatient : _____
15. Rawat inap / rawat jalan atas permintaan / Inpatient / outpatient requested by : _____
 Dokter / Doctor, rawat inap selama / inpatient for _____ hari / days, atau / or
 Pasien / Patient

16. Diagnosa di atas berhubungan dengan (beri tanda \checkmark pada pilihan) / Diagnosis above is related to (please \checkmark where applicable) :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kesuburan / Fertility | <input type="checkbox"/> Penyakit kejiwaan / Psychiatry | <input type="checkbox"/> Kecelakaan / Accident |
| <input type="checkbox"/> Penggunaan kontrasepsi / Contraception | <input type="checkbox"/> Kelainan bawaan / Congenital | <input type="checkbox"/> AIDS / HIV |
| <input type="checkbox"/> Penyakit kelamin / Venereal disease | <input type="checkbox"/> Kehamilan / Pregnancy | <input type="checkbox"/> Pekerjaan / Occupation |

17. Diagnosa tersebut akibat dari / The diagnosis above is as a result of :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kecelakaan / accident | <input type="checkbox"/> Penyalahgunaan obat bius / drug abuse |
| <input type="checkbox"/> Konsumsi alcohol / alcoholism | <input type="checkbox"/> Olahraga berbahaya / dangerous sport |
| <input type="checkbox"/> Percobaan bunuh diri / suicide attempt | <input type="checkbox"/> Perang atau huru hara / war or riot |
| <input type="checkbox"/> Percobaan melukai diri sendiri / self-inflicted injury | |

18. Apakah pasien pernah konsultasi / dirawat sebelumnya? : Ya/Yes Tidak/No
Has the patient ever been consulted / hospitalized before?

Jika Ya / If Yes:

a. Tanggal / Date

□□ - □□ - □□□□ tgl/bln/thn / dd/mm/yyyy

b. Diagnosa / Diagnosis

: _____

c. Nama dokter / Name of doctor

: _____

d. Nama rumah sakit / Name of hospital

: _____

19. Riwayat penyakit dahulu / Previous history of any disease) :

Tanggal / Date (tgl/bln/tahun) / (mm/dd/yyyy)	Diagnosa / Diagnosis, Kode ICD X / ICD Code X	Nama dokter / Name of doctor	Nama RS / Name of hospital

20. Faktor / Penyakit lain yang memicu/berkaitan dengan timbulnya : _____
penyakit / kelainan tersebut / Underlying disease related to this
illness / disorder

21. Bila dilakukan tindakan bedah mohon dijelaskan jenis pembedahan / : _____
If surgery was done, please explain the type of surgical procedure

22. Tanggal pembedahan / Date of surgery : □□ - □□ - □□□□ tgl/bln/thn / dd/mm/yyyy

Saya sebagai dokter yang merawat/menangani pasien tersebut diatas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan sesuai yang sebenarnya.
As the doctor handling the treatment of the above mentioned patient, I hereby declared that the above questions had been answered completely and factually.

Nama dokter / Name of doctor

: _____

Spesialisasi / Specialization

: _____

Alamat / Address

: _____

Tempat & tanggal
Place & date

Tandatangan & stempel dokter/RS
Signature of doctor & stamp of hospital/doctor

KRONOLOGIS KECELAKAAN

Denpasar, _____

(.....)

Note : mohon mencantumkan hari, tanggal dan jam kecelakaan

SURAT KUASA

Saya yang bertanda tangan dibawah ini (Pemberi Kuasa),

Nama :
Pemegang Polis No :
Alamat :
No. KTP/SIM/PASPOR :
No. Telepon :

Memberikan Kuasa kepada (Penerima Kuasa),

Nama :
Alamat :
No. KTP/SIM/PASPOR :
Hubungan :

KHUSUS

Untuk dan atas nama Pemberi Kuasa untuk * :

- Mengurus dan menandatangani surat/formulir/dokumen-dokumen
- Menerima pembayaran dalam bentuk :
 - Bilyet Giro atas nama :
 - Transfer dalam : Rp / US\$
 - Nama Pemilik Rekening :
 - Nama Bank :
 - Cabang : Kota :
 - No. Rekening : Rp / US\$

Atas :

- Pinjaman Polis No Penjualan Polis No
- Tahapan bulan

Demikianlah Surat Kuasa ini saya buat dengan sebenarnya untuk dapat dipergunakan sesuai dengan tujuannya dan dengan ini saya membebaskan PT. Asuransi Jiwa Sequis Life dari segala tuntutan hukum yang mungkin timbul di kemudian hari sehubungan dengan pemberian kuasa ini.

.....

Hormat saya
Pemberi Kuasa,

Penerima Kuasa,

Materai
Rp.6000,-

() ()

*berikan tanda pada keterangan yang membutuhkan pilihan"

**SURAT KETERANGAN DAN PERNYATAAN
PERIHAL SURAT KUASA PEMBAYARAN MANFAAT**

Sehubungan dengan dibuatnya Surat Kuasa atas pembayaran manfaat (lingkari jenis manfaat/transaksi yang dimaksud) : Surrender / Pinjaman Polis / Tahapan / Living Benefit / Akhir Kontrak / Dana Hari Tua / Akhir Pembayaran / Klaim / Penarikan Investasi /(diisi apabila tidak ada dalam pilihan) atas polis :

Nama Pemegang Polis :

Nomor Polis :

Nama yang seharusnya menerima manfaat :

Nama yang diberi kuasa menerima manfaat :

Hubungan antara Pemberi Kuasa dan Penerima Manfaat (pilih yang benar dari kedua pilihan dibawan ini dan pilihan **Tidak Dapat** ditambahkan dengan alternatif lain) :

Suami – Istri

Orang tua – Anak

Saya yang bertandatangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah melakukan verifikasi atas pemberian kuasa tersebut dan Surat Kuasa tersebut dibuat dengan sebenar-benarnya oleh pihak yang seharusnya menerima manfaat. Saya akan bertanggung jawab sepenuhnya apabila dikemudian hari timbul permasalahan atas dibuatnya Surat Kuasa tersebut dan melepaskan PT. Asuransi Jiwa Sequis Life dari segala permasalahan tersebut.

Demikian Surat Keterangan dan pernyataan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Yang membuat keterangan dan pernyataan,

...../..... (tempat dan tanggal)

tanda tangan

..... (nama jelas)

Branch Manager Kantor Cabang