

Important information:

Please complete the claim form in BLOCK CAPITALS and submit it to **Us** within six months of the initial **Treatment** date (unless this is not reasonably possible).

For all **Out-Patient Treatment** and if the total amount **You** are claiming (per **Insured Person**, per **Medical Condition**, per **Period of Cover**) for **In-Patient** or **Day-Patient Treatment** is less than USD 500 **You** only need to complete Sections 1 and 2 and include a copy of **Your** receipt when **You** send **Us** **Your** claim form. **You** can scan **Your** claim form and receipt and email it to IndonesiaService@now-health.com or fax it to +62 21 515 7639. Please keep a copy of the original documents in case they should be required by **Us**.

If the total amount **You** are claiming now or have claimed for **Day-Patient** and **In-Patient** (per **Insured Person**, per **Medical Condition**, per **Period of Cover**) is over USD 500, please ensure Section 3 is completed by the treating **Medical Practitioner**. We must also see receipts, diagnostic reports and discharge reports (if **You** have been a **Day-Patient** or **In-Patient**) for claims over this amount. **You** can scan **Your** claim form and receipts/diagnostic reports/discharge reports and email them to IndonesiaService@now-health.com or fax them to +62 21 515 7639. Please keep a copy of the original documents in case they should be required by **Us**.

You can track the progress of **Your** claim online at any time in **Your** online secure portfolio area. Log in at www.now-health.com using **Your** username and password.

If **You** have any questions about this form or any other aspect of **Your** cover, please call **Us** on Toll-free 0800 1 889900/Toll +62 21 2783 6910 or email **Us** at IndonesiaService@now-health.com.

Informasi Penting:

Silahkan lengkapi formulir klaim dengan HURUF BESAR dan kirimkan kepada **Kami** dalam waktu enam bulan sejak tanggal **Perawatan** awal (kecuali jika hal ini tidak memungkinkan).

Untuk semua **Pengobatan Rawat Jalan** dan jika jumlah total yang **Anda** klaim (per **Tertanggung**, per **Kondisi Medis**, per **Periode Polis**) untuk **Pengobatan Rawat Inap** atau **Rawat Sehari** kurang dari USD 500 **Anda** hanya perlu melengkapi Bagian 1 dan 2 dan sertakan salinan Kwitansi **Anda** saat **Anda** Mengirim formulir klaim **Anda** kepada **Kami**. **Anda** dapat memindai formulir klaim dan kwitansi dan mengirimkannya melalui email ke IndonesiaService@now-health.com atau fax ke +62 21 515 7639. Harap simpan salinan dokumen asli jika diperlukan oleh **Kami**.

Jika jumlah total yang **Anda** klaim saat ini atau yang telah **Anda** klaim untuk **Rawat Sehari** dan **Rawat Inap** (per **Pihak Tertanggung**, per **Kondisi Medis**, per jangka waktu **pertanggung**) adalah lebih dari USD 500, pastikan Bagian 3 telah dilengkapi oleh **Praktisi Medis** yang mengobati **Anda**. **Kami** juga harus melihat kwitansi, laporan diagnostik dan laporan keluar (jika **Anda** telah menjadi **Pasien Rawat Sehari** atau **Pasien Rawat Inap**) untuk total klaim di atas jumlah ini. **Anda** dapat memindai kwitansi/laporan diagnostik/laporan keluar dan formulir klaim **Anda** dan mengirimkannya via email ke IndonesiaService@now-health.com atau fax ke +62 21 515 7639. Harap simpan salinan dokumen asli jika diperlukan oleh **Kami**.

Anda dapat menelusuri kemajuan klaim **Anda** secara online setiap saat di area portofolio online **Anda** yang aman. Silahkan masuk www.now-health.com menggunakan nama pengguna dan kata sandi **Anda**.

Jika **Anda** memiliki pertanyaan tentang formulir ini atau aspek-aspek lain dari pertanggung **Anda**, silahkan hubungi **Kami** di Telepon bebas pulsa 0800 1 889900/Telepon +62 21 2783 6910 atau email kami di IndonesiaService@now-health.com.

Section 1: Member and Patient Information: | Bagian 1: Informasi Pasien dan Peserta:

Planholder's name: Nama Pemegang Polis:	Plan number: Nomor Polis:
Patient's name: Nama Pasien:	Membership number: Nomor Kepesertaan:
Date of birth (dd/mm/yyyy): Tanggal Lahir (tgl/bln/thn):	
Email address: Alamat email:	Telephone number: Nomor Telepon:
Reason for doctor visit/diagnosis: - specify symptoms or medical problem e.g. abdominal pain/rash on foot/eye infection Alasan kunjungan ke dokter/diagnosa: - jelaskan gejala atau masalah medis misalnya nyeri perut /ruam pada infeksi kaki /mata	
Country where Treatment took place: Negara tempat Perawatan berlangsung:	Treatment date (dd/mm/yyyy): Tanggal Perawatan (tgl/bln/thn):
Currency claim incurred in: Mata uang klaim yang terjadi:	Currency You would like Your claim reimbursed in: Mata uang yang Anda inginkan untuk pembayaran klaim Anda:
Total claimed amount: Jumlah Total Klaim:	
Type of service: Jenis Layanan:	
Out-Patient <input type="checkbox"/> Rawat Jalan	Day-Patient <input type="checkbox"/> Rawat Sehari
In-Patient <input type="checkbox"/> Rawat Inap	Dental <input type="checkbox"/> Perawatan gigi
	Maternity <input type="checkbox"/> Kehamilan
	Optical <input type="checkbox"/> Kaca Mata
	Routine check-up <input type="checkbox"/> Pemeriksaan rutin
Attending physician: Dokter yang merawat:	Dentist <input type="checkbox"/> Dokter Gigi
	Medical Practitioner <input type="checkbox"/> Praktisi Medis
	Specialist <input type="checkbox"/> Spesialis
	Other <input type="checkbox"/> Lainnya
	Please specify: Harap Jelaskan:
Is this claim due to Accident/injury? Apakah klaim ini akibat Kecelakaan?	Yes <input type="checkbox"/> Ya
	No <input type="checkbox"/> Tidak
Date of Accident/injury (dd/mm/yyyy): Tanggal Kecelakaan/cedera (tgl/bln/thn):	If yes, include complete medical information. Jika ya, cantumkan informasi medis yang lengkap.

Third party insurers

If some of the costs are recoverable from a third party (for example, if the **Benefits You** are claiming relate to a **Medical Condition** or injury caused by a person or organisation, or if **You** have cover on another insurance policy for this claim), please provide details:

Penjamin pihak ketiga

Jika sebagian biaya dapat diperoleh kembali dari pihak ketiga (misalnya, jika **Manfaat yang Anda** klaim berhubungan dengan **Kondisi Medis** atau cedera yang disebabkan oleh seseorang atau organisasi, atau jika **Anda** memiliki pertanggung pada polis asuransi lain untuk klaim ini), harap berikan rincian:

Section 2: Payment details | Bagian 2: Rincian Pembayaran:

Please pay: <i>Harap Bayar:</i> Planholder Pemegang Polis <input type="checkbox"/>		Provider <i>Fasilitas Kesehatan</i> <input type="checkbox"/>	
Please choose payment type: <i>Silahkan pilih tipe pembayaran:</i> Bank transfer <i>Transfer Bank</i> <input type="checkbox"/>			
Bank transfer – please complete all details to enable bank transfer payments.* <i>Transfer Bank – silahkan melengkapi semua rincian untuk melakukan pembayaran transfer bank.*</i>			
Account/payee name: <i>Rekening/nama penerima pembayaran:</i>		Payment currency: <i>Mata uang pembayaran:</i>	
Bank name: <i>Nama bank:</i>	Bank code: <i>Kode Bank:</i>	Branch code: <i>Kode Cabang:</i>	
Branch address: <i>Alamat Cabang:</i>			
IBAN or account no. <i>IBAN atau Nomer rekening:</i>		Routing code: (e.g. Swift or sort code) <i>Kode routing: (misal kode Swift atau pendek)</i>	
Any other relevant information: (e.g. Local bank code) <i>Informasi relevan lainnya: (misal Kode bank lokal)</i>			

* **We** endeavour to ensure that all bank charges are paid by **Us**; however on occasions **You** may incur a charge levied by **Your** own bank, over which **We** have no control.

I have read the declaration in Section 4 on the next page.

I agree to the declaration, give my authorisation and understand that any claim for **Benefit** is in accordance with the terms and conditions of **Our Plan**.

I will enclose Section 4 if authorisation has been limited by me where available.

* **Kami** akan berupaya untuk memastikan bahwa **Kami** telah membayar semua biaya bank; namun pada suatu kesempatan **Anda** mungkin harus mengeluarkan biaya yang dikenakan oleh Bank **Anda** sendiri, yang di luar kontrol **Kami**.

Saya telah membaca pernyataan di Bagian 4 di halaman berikutnya.

Saya setuju dengan pernyataan tersebut, saya memberikan otorisasi dan memahami bahwa klaim apapun untuk **Manfaat** asuransi sesuai dengan syarat dan ketentuan **Polis Kami**.

Saya akan melampirkan Bagian 4 jika saya membatasi otorisasi sebagaimana diperlukan.

Patient's signature (Insured/main applicant):
Tanda tangan pasien (Tertanggung/pemohon utama):

Date (dd/mm/yyyy):
Tanggal (tgl/bln/thn):

/ /

Section 3: Medical information, Day-Patient and In-Patient claims over USD 500

Bagian 3: Informasi Medis, Klaim melebihi USD 500 untuk Rawat Inap dan Rawat Sehari

(to be completed by the doctor responsible for the patient's **Treatment**) | *(harus diisi oleh dokter yang bertanggung jawab atas Perawatan pasien)*

Medical Condition: Kondisi Medis:		Diagnosis ICD10 code: <i>Kode Diagnosa 10 ICD:</i>	
Details of any underlying cause: <i>Rincian dari penyebab sakit:</i>			
When did the patient first see a doctor? (dd/mm/yyyy) <i>Kapan pasien pertama kali berkonsultasi ke dokter? (tgl/nbln/thn)</i>		/ /	
Details of Treatment/medication: <i>Rincian Perawatan/Pengobatan :</i>			
Details of operation (if any): <i>Rincian operasi (jika ada):</i>		Procedure code: <i>Kode prosedur:</i>	
Hospital details (if applicable): <i>Rincian Rumah Sakit (jika berlaku):</i>		Treatment date (dd/mm/yyyy): <i>Tanggal Perawatan (tgl/bln/thn):</i> / /	
Name: <i>Nama :</i>			
Address: <i>Alamat :</i>			
Admission date (dd/mm/yyyy): <i>Tanggal Masuk perawatan (tgl/bln/thn):</i> / /		Discharge date (dd/mm/yyyy): <i>Tanggal keluar (tgl/bln/thn):</i> / /	
Medical Practitioner Declaration: I declare that I am the patient's Medical Practitioner , and that the particulars given are, to the best of my knowledge, true and correct.		Pernyataan Praktisi Medis: Saya menyatakan bahwa saya Praktisi Medis pasien, dan bahwa keterangan yang diberikan menurut pengetahuan saya adalah benar dan tepat.	
Print name: <i>Nama Jelas :</i>		Official stamp: <i>Stempel Resmi:</i>	
Signature: <i>Tanda Tangan :</i>			
Date (dd/mm/yyyy): <i>Tanggal (tgl/bln/thn):</i> / /			

If **Your Plan** includes a cash **Benefit**: If the patient stayed in **Hospital** overnight without charge please include confirmation from the **Hospital** including the **Hospital** stamp. **Direct Billing**: It may be possible for **Us** to arrange direct settlement with the **Hospital** involved. Please call **Our** Customer Service team before **Treatment** to arrange this on Toll-free 0800 1 889900/Toll +62 21 2783 6910.

Jika **Polis Anda** mencakup **Manfaat** tunai: Jika pasien menginap di **Rumah Sakit** semalam tanpa biaya, harap sertakan konfirmasi dari **Rumah Sakit** disertai stempel **Rumah Sakit**. **Penagihan Langsung oleh Fasilitas Kesehatan**: Dimungkinkan bagi **Kami** untuk mengatur penyelesaian langsung dengan **Rumah Sakit** yang terlibat. Silahkan hubungi tim **Layanan Pelanggan Kami** sebelum **Perawatan** untuk mengatur hal ini di nomor Telepon bebas pulsa 0800 1 889900/Telepon +62 21 2783 6910.

Data Privacy

We and **Your Underwriters** will collect certain information about **You** in the course of considering **Your** claim. This information will be processed for the purposes of administering claims. Your information may be passed to **Underwriters, Medical Practitioners, Medical Assistance Companies** and **Claims Administrators** for these purposes, including those located outside Indonesia. The same duty of confidentiality is required of any third parties to whom the administration of **Your Plan** may be subcontracted, including those located outside Indonesia. **Your** name and contact details will not be disclosed to other organisations (except as stated above).

It may be necessary to obtain a medical report from **Your** usual **Doctor/ Medical Practitioner** for this claim. If **We** need to do this, **You** have specific rights and they are set out below. If **You** wish:

1. **You** can refuse to give **Your** consent – but if **You** do **We** may be unable to deal with **Your** claim.
2. **You** can ask to see the report before it is sent to **Us**. If **You** give **Your** consent, **We** will be able to contact **Your** Doctor direct for a report.

If **You** wish to see it, delete the word “NOT” in the declaration and **We** will inform the Doctor accordingly. Then the Doctor will not send it to **Us** until:

- (i) **You** have seen the report and approved it; or
- (ii) 21 days have passed since **We** requested the report and the Doctor has not heard from **You**.

Important note: The sooner We receive the report, the sooner We can deal with Your claim.

3. Having seen the report, **You** can refuse **Your** consent – again this may affect **Our** ability to deal with **Your** claim.
4. **You** may ask the Doctor to change the report if **You** disagree with it. If (s)he refuses, **You** can require him/her to attach a statement of **Your** views to the report.
5. **You** may also ask the Doctor to let **You** see all reports supplied to **Us** within the last six months.

Important note: Your Doctor is entitled to charge You for supplying You with a copy of the report (to cover cost). This is not covered by Your Plan.

Your Doctor may refuse to let **You** see **Your** report if (s)he feels it will do serious harm to **Your** physical or mental health, or it will indicate the Doctor's intentions in respect of **You**, or it may reveal the identity of another person who has supplied information about **You** who is not a health professional but is involved in **Your** care.

In such cases **You** will be entitled to see the remainder of the report. If this affects the entire report, **Your** Doctor must obtain **Your** consent before (s) he sends it to **Us**.

Declaration

I hereby declare that I am the patient/patient's guardian* (if the patient is under 16 years of age) (*please cross out if not applicable).

I wish to claim **Benefit** and declare the information I have given is, to the best of my knowledge, true, correct and complete even if it is not in my own handwriting.

I understand it is unlawful for me to knowingly provide false, incomplete or misleading facts or information to PT Sampo Insurance Indonesia for the purpose of defrauding or attempting to defraud PT Sampo Insurance Indonesia or the **Underwriters**. Penalties may include imprisonment, fines, denial of coverage, rescission of **Benefits** and legal damages.

I agree to the data protection declaration above and understand that cover is provided in accordance with the terms and conditions of the **WorldCare Plan**.

I have read the statement notifying me of my rights under the Personal Data Protection Act and consent to PT Sampo Insurance Indonesia or its administrators seeking medical reports if needed from my **Medical Practitioner**, so PT Sampo Insurance Indonesia or its administrators can deal with my claim for **Benefit**.

I do (NOT)* wish to see the medical report before it is sent to PT Sampo Insurance Indonesia or its administrators. *Delete the word NOT if **You** wish to see the report.

I hereby consent to authorise any Doctor and/or **Hospital** who has treated or advised me to provide PT Sampo Insurance Indonesia or its administrators with any information they may require in connection with this claim.

When completed and signed by the patient and **Medical Practitioner** (when appropriate), please return this form and the accompanying invoices and payment receipts to IndonesiaService@now-health.com or fax it to +62 21 515 7639.

If **You** have any questions about this form or any other aspect of **Your** cover, please call **Us** on Toll-free 0800 1 889900/Toll +62 21 2783 6910.

Kerahasiaan Data

Kami akan mengumpulkan informasi tertentu tentang **Anda** dengan maksud untuk mempertimbangkan klaim **Anda**. Informasi ini akan diproses untuk keperluan administrasi klaim. Informasi **Anda** mungkin diteruskan kepada **Penanggung, Praktisi Medis, Perusahaan Bantuan Medis dan Administrator Klaim** untuk tujuan ini, termasuk mereka yang ada di luar Indonesia. Kewajiban kerahasiaan yang sama berlaku bagi pihak ketiga yang disubkontrak untuk mengurus **Polis Anda**, termasuk mereka yang ada di luar Indonesia. Nama dan rincian kontak **Anda** tidak akan diungkapkan kepada organisasi lain (kecuali seperti yang dinyatakan di atas).

Mungkin perlu untuk mendapatkan laporan medis dari **Dokter/Praktisi Medis** **Anda** mengenai klaim ini. Jika **Kami** perlu melakukan ini, **Anda** memiliki hak spesifik dan pengaturannya sebagai berikut. Jika **Anda** menghendaki:

1. **Anda** dapat menolak memberikan persetujuan - tetapi jika **Anda** menolak memberikan persetujuan, **Kami** mungkin tidak bisa menangani klaim **Anda**.
2. **Anda** dapat meminta untuk melihat laporan sebelum dikirim kepada **Kami**. Jika **Anda** memberikan persetujuan, **Kami** dapat menghubungi dokter **Anda** langsung untuk sebuah laporan.

Jika **Anda** ingin melihatnya, hapus kata “TIDAK” pada pernyataan dan **Kami** akan memberitahu **Dokter** mengenai hal tersebut. Kemudian **Dokter** tidak akan mengirimkannya kepada **Kami** hingga:

- (i) **Anda** telah melihat laporan dan menyetujuinya; atau
- (ii) Waktu 21 hari telah lewat sejak **Kami** meminta laporan dan **Dokter** belum mendengar dari **Anda**.

Catatan penting: Semakin cepat Kami menerima laporan, semakin cepat kami bisa menangani klaim Anda.

3. Setelah melihat laporan, **Anda** dapat menolak persetujuan **Anda** – sekali lagi hal ini dapat mempengaruhi kemampuan **Kami** untuk menangani klaim **Anda**.
4. **Anda** dapat meminta dokter untuk mengubah laporan jika **Anda** tidak setuju dengan laporan itu. Jika dokter menolak, **Anda** dapat memintanya untuk melampirkan pernyataan pandangan **Anda** pada laporan tersebut.
5. **Anda** juga dapat meminta dokter untuk mengizinkan **Anda** melihat semua laporan yang diberikan kepada **Kami** dalam enam bulan terakhir.

Catatan penting: Dokter Anda berhak meminta biaya pada Anda atas penyediaan salinan laporan Anda (untuk menutupi biaya). Ini tidak ditanggung oleh Polis Anda.

Dokter Anda dapat menolak untuk mengizinkan **Anda** melihat laporan **Anda** jika ia merasa hal ini akan sangat berbahaya bagi kesehatan fisik dan jiwa **Anda**, atau hal itu menunjukkan maksud **Dokter** dalam kaitannya dengan **Anda**, atau mungkin mengungkapkan identitas orang lain yang telah memberikan informasi tentang **Anda** yang bukan merupakan profesional kesehatan tetapi terlibat dalam perawatan **Anda**.

Dalam hal demikian, **Anda** berhak melihat sisa laporan. Jika ini mempengaruhi seluruh laporan, **Dokter Anda** harus memperoleh persetujuan **Anda** sebelumnya ia mengirimkannya kepada **Kami**.

Pernyataan

Saya dengan ini menyatakan bahwa saya pasien/wali pasien (jika pasien di bawah 16 tahun) (* silahkan coret jika tidak perlu).

Saya ingin mengklaim **Manfaat** dan menyatakan informasi yang saya berikan, menurut pengetahuan terbaik saya, adalah benar, tepat dan lengkap meski ini bukan dalam tulisan tangan saya sendiri.

Saya mengerti merupakan pelanggaran hukum jika saya dengan sengaja memberikan fakta palsu, tidak lengkap atau fakta menyesatkan kepada PT Sampo Insurance Indonesia untuk tujuan menipu atau mencoba untuk menipu PT Sampo Insurance Indonesia atau **Penanggung**. Sanksi dapat berupa penjara, denda, penolakan pertanggung, pembatalan **Manfaat** dan ganti rugi hukum. Saya setuju dengan pernyataan perlindungan data di atas dan memahami bahwa pertanggung yang diberikan sesuai dengan syarat dan ketentuan dari **Polis WorldCare**.

Saya telah membaca pernyataan yang memberitahu saya tentang hak-hak saya berdasarkan Undang-Undang Perlindungan Data Pribadi dan setuju dengan PT Sampo Insurance Indonesia atau pengelola administrasinya yang meminta laporan medis jika diperlukan dari **Praktisi Medis** saya, sehingga PT Sampo Insurance Indonesia atau pengelola administrasinya dapat menangani klaim saya untuk **Manfaat**.

Saya (TIDAK) ingin melihat laporan medis sebelum dikirim ke sehingga PT Sampo Insurance Indonesia atau pengelola administrasinya. * Hapus kata TIDAK jika **Anda** ingin melihat laporan.

Saya dengan ini setuju untuk mengizinkan **Dokter dan/atau Rumah Sakit** yang telah merawat atau memberi nasihat medis kepada saya untuk memberikan PT Sampo Insurance Indonesia atau pengelola administrasinya informasi apapun yang mereka perlukan sehubungan dengan klaim ini.

Setelah diisi dan ditandatangani oleh pasien dan **Praktisi Medis** (bila diperlukan), silahkan kembalikan formulir ini dan faktur yang menyertainya dan kwitansi pembayaran ke email IndonesiaService@now-health.com atau fax ke +62 21 515 7639.

Jika **Anda** memiliki pertanyaan tentang formulir ini atau aspek-aspek lain dari pertanggung **Anda**, silahkan hubungi kami di Telepon bebas pulsa 0800 1 889900/Telepon +62 21 2783 6910.

Polis are underwritten and issued by PT Sampo Insurance Indonesia in association with Now Health International. Now Health International's subsidiary company in Indonesia is PT Now Health International Indonesia which provides Management Consultancy advice in International Private Medical Insurance to PT Sampo Insurance Indonesia. Visit www.sampo.co.id to find out more about PT Sampo Insurance Indonesia.

Polis ini diseleksi risiko dan diterbitkan oleh PT Sampo Insurance Indonesia dalam asosiasi dengan Now Health International. Anak perusahaan Now Health International adalah PT Now Health International Indonesia yang memberikan saran konsultasi manajemen untuk Asuransi Kesehatan Internasional kepada PT Sampo Insurance Indonesia. Kunjungi www.sampo.co.id untuk mengetahui lebih banyak mengenai PT Sampo Insurance Indonesia.

