

When submitting a pre-authorized claim to **Us**, please return this form with a completed claim form and any supporting documents. This form should be completed by **Your** treating **Medical Practitioner**.

Please send **Your** completed form to **Us** via **Your** intermediary, or direct to PT Sampo Insurance Indonesia by email to IndonesiaService@now-health.com or fax it to +62 21 515 7639.

Plans are underwritten by PT Sampo Insurance Indonesia.

Ketika mengajukan klaim pra-otorisasi kepada **Kami**, silahkan kembalikan formulir ini beserta formulir klaim yang sudah diisi dan semua dokumen pendukung. Formulir ini harus diisi oleh **Praktisi Medis** yang merawat **Anda**.

Silahkan kirim formulir **Anda** yang telah diisi lengkap ke **Kami** melalui perantara **Anda**, atau langsung ke PT Sampo Insurance Indonesia melalui email di IndonesiaService@now-health.com atau fax ke +62 21 515 7639.

Polis asuransi ini ditanggung oleh PT Sampo Insurance Indonesia.

Section 1: Medical facility details | Bagian 1: Rincian fasilitas medis

Medical facility: Fasilitas medis:		
Email address: Alamat email:	Fax: Faks:	Telephone number: Nomor telepon:
Treating Medical Practitioner : Praktisi Medis yang Merawat:		
Email address: Alamat email:	Fax: Faks:	Telephone number: Nomor telepon:
Patient name: Nama pasien:		
Membership number: Nomor keanggotaan:	Date of birth (dd/mm/yyyy): Tanggal lahir (tgl/bln/thn): / /	

Section 2: Approval request (please tick appropriate box) | Bagian 2: Permintaan Persetujuan (pilih kotak yang sesuai)

Elective Treatment Perawatan elektif		
In-Patient Rawat Inap <input type="checkbox"/>	Day-Patient Rawat Sehari <input type="checkbox"/>	Out-Patient surgery Operasi Rawat Jalan <input type="checkbox"/>
Physiotherapy Fisioterapi <input type="checkbox"/>	PET <input type="checkbox"/>	Maternity Persalinan <input type="checkbox"/>
USA Treatment Perawatan Amerika Serikat <input type="checkbox"/>		
Other Treatment Perawatan Lain		
Emergency admission <input type="checkbox"/> Please provide full details of nature of illness and Treatment : Perawatan Keadaan Darurat <input type="checkbox"/> Harap berikan rincian lengkap tentang sifat penyakit dan Perawatan :		
Accident <input type="checkbox"/> Please provide details of cause, date and place of Accident : Kecelakaan <input type="checkbox"/> Harap berikan rincian sebab, tanggal dan tempat Kecelakaan :		
Was a third party involved? if yes, please give details: Apakah ada pihak ketiga yang terlibat? jika ada, harap berikan rincian:		
Mortal remains Pemulangan Jenazah <input type="checkbox"/>	Psychiatric Treatment Perawatan Kejiwaan <input type="checkbox"/>	AIDS <input type="checkbox"/>
Other <input type="checkbox"/> Please specify: Lain <input type="checkbox"/> Harap sebutkan:		

Section 3: Treatment details | *Bagian 3: Rincian Perawatan*

Full details of condition requiring **Treatment**:

*Rincian lengkap kondisi yang membutuhkan **Perawatan**:*

Date the patient first became aware of any signs or symptoms of this condition (dd/mm/yyyy): / /
Tanggal pasien pertama kali menyadari tanda-tanda atau gejala kondisi ini (tgl/bln/thn):

Date on which the patient first presented to any doctor for this condition (dd/mm/yyyy): / /
Tanggal ketika pasien pertama kali berobat ke dokter untuk kondisi ini (tgl/bln/thn):

Underlying cause (if known):
Penyebab utama (jika diketahui):

Provisional diagnosis:
Diagnosis sementara:

ICD 10 code:
Kode 10 ICD:

Date of **Treatment**:
*Tanggal **Perawatan**:*

Estimated length of stay:
Perkiraan lama menginap:

Proposed admission date (dd/mm/yyyy): / /
Tanggal masuk yang diajukan (tgl/bln/thn):

Proposed discharge date (dd/mm/yyyy): / /
Tanggal keluar yang diajukan (tgl/bln/thn):

Full details of proposed **Treatment/surgery**: | *Rincian lengkap **Perawatan/operasi** yang diajukan:*

Procedure code: (e.g. CPT, CCSD, DRG, etc)
Kode Prosedur: (Misal. CPT, CCSD, DRG, dll)

Please provide total estimated costs including currency with breakdown of planned services as detailed below:

Harap berikan perkiraan jumlah biaya termasuk mata uang dengan perincian layanan yang direncanakan seperti dijelaskan di bawah ini:

Surgeon's fee: <i>Biaya dokter bedah:</i>	Room class: <i>Kelas Kamar:</i>
Anaesthetist's fee: <i>Biaya dokter anestesi:</i>	Ward rounding fee x no. of days= <i>Biaya Kamar x jumlah hari =</i>
Operation theatre cost: <i>Biaya operasi:</i>	Standard room rate x no. of days = <i>Tarif kamar standar x jumlah hari =</i>
Additional/Miscellaneous charges: <i>Biaya tambahan:</i>	ICU rate x no. of days = <i>Biaya ICU x Jumlah hari =</i>
Package rate: <i>Harga paket:</i>	

Total estimated charges as per above breakdown: | *Estimasi total biaya-biaya terlampir di atas:*

Section 4: Medical Practitioner declaration | *Bagian 4: Pernyataan Praktisi Medis*

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 adalah **Praktisi Medis** pasien, dan bahwa keterangan yang diberikan, menurut pengetahuan terbaik saya, adalah benar dan tepat.*

Print name:
Nama jelas:

Signature:
Tanda tangan:

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

Official stamp: | *Stempel resmi:*

Please notify **Us** by email or phone on Toll-free 0800 1 889900/Toll +62 21 2783 6910 if additional **Treatment** is required, if the cost of **Treatment** and/or if the estimated length of stay is extended beyond the approved limit.

*Harap memberitahu **Kami** melalui email atau telepon pada Telepon bebas pulsa 0800 1 889900/Telepon +62 21 2783 6910 atau jika **Perawatan** tambahan diperlukan, jika biaya **Perawatan** dan/atau jika perkiraan lama menginap diperpanjang melampaui limit yang disetujui.*

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**.

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**.

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.

I have read the declaration in Section 5.

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

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.

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 pertanggungan, pembatalan **Manfaat** dan ganti rugi hukum.*

*Saya setuju dengan pernyataan perlindungan data di atas dan memahami bahwa pertanggungan 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.*

Saya telah membaca pernyataan di Bagian 5.

*Saya menyetujui pernyataan dan mengerti bahwa setiap klaim untuk **Manfaat** adalah sesuai dengan syarat dan ketentuan **Polis**.*

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

Patient's signature: | **Tanda tangan pasien:**

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

/ /