

**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).

Please submit this fully completed claim form along with itemized bills with receipts, laboratory request sheet, diagnostic reports, medical or discharge reports. **You** can scan all claim documents along with completed claim form by the treating **Medical Practitioner** and email it to ClaimsService@now-health.com. 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 email us at ClaimsService@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).

Harap kirimkan formulir klaim lengkap ini bersama dengan tagihan terperinci serta tanda terima, lembar permintaan laboratorium, laporan diagnostik, laporan medis atau laporan keluar rumah sakit. **Anda** dapat memindai semua dokumen klaim bersama dengan formulir klaim lengkap oleh **Praktisi Medis** yang merawat dan mengirimkannya ke ClaimsService@now-health.com.

**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**. Harap menyimpan salinan dari dokumen asli bila dokumen aslinya **Kami** minta.

Jika **Anda** memiliki pertanyaan tentang formulir ini atau aspek-aspek lain dari pertanggungans **Anda**, silahkan kirim email ke kami di ClaimsService@now-health.com.

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

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

**Third party insurers | Penjamin pihak ketiga**

Are some of the costs 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)

Apakah 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 pertanggungan pada polis asuransi lain untuk klaim ini),

Yes | Ya  No | Tidak

If yes, name of third party insurer :  
Jika ya, nama penjamin pihak ketiga:

Please provide details:  
Harap berikan rincian:

If this **Plan** is purchased as a **Secondary Health Insurance Plan**, then **You** need to submit the claims to the **Primary Health Insurer** first and send **Us** their copy of claims settlement advices along with claim documents. If **You** have more than one health insurance policy, this **Plan** will be the health insurance policy that pays last. **We** will only pay the remaining balance of an **Eligible** claim amount that was not settled by the **Primary Health Insurance**.

Jika **Polis** ini dibeli berupa **Polis Asuransi Kesehatan Sekunder**, maka **Anda** harus mengajukan klaim kepada **Penanggung Kesehatan Primer** terlebih dahulu dan mengirim ke kami salinan nasehat klaim penyelesaian klaim bersama dengan dokumen klaim. Jika **Anda** memiliki lebih dari satu polis asuransi kesehatan, **Polis** ini akan menjadi **polis** asuransi kesehatan yang membayar paling akhir. **Kami** hanya akan membayar sisa saldo dari jumlah klaim yang memenuhi syarat yang tidak dilunasi oleh **Asuransi Kesehatan Primer**.

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

Bank transfer – please complete all details to enable bank transfer payments.\*

Transfer Bank – silahkan melengkapi semua rincian untuk melakukan pembayaran transfer bank. \*

Payment currency:

Mata Uang Pembayaran:

Account/payee name:  
Akun>Nama Penerima:

Name of bank:  
Nama Bank:

Bank code\*:  
Kode Bank\*:

Branch code\*:  
Kode Cabang\*:

Branch address & country:  
Alamat cabang & Negara:

Bank account currency:  
Mata uang rekening bank:

IBAN no:  
Kode Rekening Bank Internasional:

Account no:  
Nomor Rekening:

Routing code\*:  
Kode Routing\*:

Local banking code\*:  
Kode rekening lokal\*:

Swift code\*:  
Kode swift\*:

Intermediary/Correspondent Bank Details\*:  
Bank Perantara/Detail Bank Koresponden\*:

Any other relevant information:  
Informasi lain yang bersangkutan:

# Use NA if not applicable.

# Gunakan NA apabila tidak berlaku.

\* **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.

\* **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**.

**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.

**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

#### Bagian 3: Informasi Medis, Klaim Rawat Jalan 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)

|  |  |
|--|--|
| <b>Medical Condition:</b><br><b>Kondisi Medis:</b>   | Diagnosis ICD10 code (if applicable):<br>Kode Diagnosa 10 ICD (jika berlaku):      |
| Details of any underlying cause:<br>Rincian penyebab sakit:  |  |
| When did the patient first see a doctor? (dd/mm/yyyy) / /<br>Kapan pasien pertama kali berkonsultasi ke dokter? (tgl/nbln/thn) |  |
| Details of <b>Treatment</b> /medication:<br>Rincian <b>Perawatan</b> /Pengobatan:  |  |
| Details of operation (if any):<br>Rincian operasi (jika ada):  |  |
| Procedure code (if applicable):<br>Kode prosedur (jika berlaku):   |  |
| <b>Hospital details</b> (if applicable):<br>Rincian <b>Rumah Sakit</b> (jika berlaku):   | <b>Treatment date</b> (dd/mm/yyyy): / /<br><b>Tanggal Perawatan</b> (tgl/bln/thn): |
| Name:<br>Nama :  |  |
| Address:<br>Alamat :   |  |
| Admission date (dd/mm/yyyy): / /<br>Tanggal Masuk perawatan (tgl/bln/thn):   | Discharge date (dd/mm/yyyy): / /<br>Tanggal keluar (tgl/bln/thn):                  |

#### Medical Practitioner Declaration: | Pernyataan Praktisi Medis:

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.

Saya menyatakan bahwa saya **Praktisi Medis** pasien, dan bahwa keterangan yang diberikan di sini menurut pengetahuan saya adalah benar dan tepat.

Print name:  
Nama Jelas :

Official stamp: | Stempel Resmi:

Signature:  
Tanda Tangan:

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

#### 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.

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**.

**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**.

**Important note: We regard the rights above as best practice but the legal requirements may differ in the country in which You reside. Please contact Us for additional information regarding regulations in Your jurisdiction.**

**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**.

**Catatan penting: Kami menganggap hak di atas sebagai praktik terbaik tetapi persyaratan hukum mungkin berbeda di negara tempat Anda tinggal. Silakan hubungi Kami untuk informasi tambahan mengenai peraturan di yurisdiksi Anda.**

## 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 SimpleCare **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 ClaimsService@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.

## 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** SimpleCare.*

*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 ClaimsService@now-health.com atau fax ke +62 21 515 7639.*

*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.*

Policies 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](http://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](http://www.sampo.co.id) untuk mengetahui lebih banyak mengenai PT Sampo Insurance Indonesia.*