

# Formulir Klaim Kacamata

## Eye Glasses Claim Form (Provider/Reimbursement)



### Petunjuk Pengajuan Klaim / Claim Submission Guidelines

- i. Formulir ini harus diisi dengan benar, lengkap dan jelas. Klaim hanya dapat diproses bila semua dokumen telah dilengkapi.  
*This form shall be filled in correctly, completely and clearly. Claim can only be processed if all supporting documents have been completed.*
- ii. Semua dokumen pendukung asli harap dilampirkan.  
*All original documents shall be attached.*

#### Bagian I

##### Keterangan Peserta

##### Section 1 - Information of Claimant

(diisi oleh Peserta yang mengajukan klaim / filled in by claimant)

1. Nama Perusahaan/Pemegang Polis : .....  
*Company Name/Policy Holder's name*
2. Nama Pekerja : .....  
*Employee's Name*
3. NIP : .....  
*NIP*
4. Nomor Rekening Bank Pekerja untuk : .....  
Pembayaran Klaim Reimbursement  
*Employee's Bank Account Number for  
Reimbursement Claim Settlement*
5. Nama Pemilik Rekening : .....  
*Bank Account Holder Name*
6. Nomor Rekening : .....  
*Bank Account Number*
7. Nama Pasien : .....  
*Patient's Name*
8. Hubungan Dengan Pekerja : .....  
*Relationship To The Employee*
9. Tanggal Lahir : .....  
*Date of Birth*
10. Nomor Kartu Peserta : .....  
*Member ID Card Number*
11. Nomor Telepon Seluler : .....  
*Mobile Phone Number*
12. Email : .....  
*Email*

#### Pernyataan/Surat Kuasa

##### Declaration/Authorization

Saya/Kami menyatakan bahwa seluruh informasi tersebut diatas diberikan dengan sebenar-benarnya dan Saya/Kami tidak menahan/menyembunyikan informasi yang mempengaruhi PT Chubb General Insurance Indonesia dalam pertimbangan klaim. Saya/Kami mengerti klaim ini dapat ditolak atau dikurangi jika informasi yang diberikan tidak benar.

*I/We declare that the information given in the above are true and complete in every detail and I/We do not withhold any information likely to affect PT Chubb General Insurance Indonesia's consideration of the claim. I/We understand the claim may be refused or reduced if the given information is incorrect.*

Saya/Kami mengerti dan menyetujui bahwa PT Chubb General Insurance Indonesia mengumpulkan dan menyimpan data pribadi Saya/Kami untuk menyediakan, mengelola, mengembangkan dan menawarkan berbagai produk dan jasa asuransi kepada Saya/Kami. Untuk mencapai hal tersebut, PT Chubb General Insurance Indonesia dapat mengungkapkan data pribadi Saya/Kami kepada pihak ketiga yang layak baik di dalam maupun di luar wilayah Republik Indonesia, termasuk para penyedia jasa dan perusahaan lain dalam kelompok usaha PT Chubb General Insurance Indonesia. Saya/Kami setuju bahwa PT Chubb General Insurance Indonesia dapat menyimpan, menggunakan dan mengungkapkan data pribadi Saya/Kami dengan cara yang demikian.

*I/We understand and agree that PT Chubb General Insurance Indonesia collect and record My/Our personal data to provide, manage, develop and offer various insurance product and service to Me/Us. To achieve this, PT Chubb General Insurance Indonesia may disclose My/Our personal data to appropriate third parties in or outside the Republic of Indonesia, including service providers and other companies within PT Chubb General Insurance Indonesia's group of business. I/We hereby consent to PT Chubb General Insurance Indonesia recording, using and disclosing My/Our personal data in this way.*

Dengan ini Saya/Kami memberi kuasa, kepada setiap Dokter, Rumah Sakit/Klinik, Perusahaan dan Organisasi lain, Institusi ataupun perorangan yang mengetahui keadaan atau kesehatan Saya/Kami untuk mengungkap setiap dan semua informasi kepada PT Chubb General Insurance Indonesia atau mereka yang mewakilinya, dan Saya/Kami memberikan kuasa kepada PT Chubb General Insurance Indonesia untuk memperoleh setiap dan semua informasi berhubungan dengan hal tersebut.

*I/We hereby authorize any Doctor(s) who has ever medically attended me, or any Hospital/Clinics, Companies, and other Organizations, Institution and Individual to disclose any or all relevant knowledge or information pertaining to My/Our condition to PT Chubb General Insurance Indonesia or their Authorised Representative and I/We hereby authorize PT Chubb General Insurance Indonesia to obtain such knowledge and information with that regards.*

Nama & tanda tangan Pasien / Name & Signature of Patient	Tanggal / Date

## Bagian II

**Diisi oleh Dokter/Optician** (diisi oleh Dokter Spesialis Mata/Optician)

*Section II - Doctor's Remark/Optician (filled by the Eye Specialist/Optician)*

Nama Dokter : .....  
*Doctor's Name/Optician*

Nama Klinik/RS/Optik : .....  
*Name of Clinic/Hospital/Optic*

Alamat Lengkap : .....  
*Full Address*

Kota / City: ..... Telp. / Phone: .....

Hasil Pemeriksaan : R : Sph : ..... Cyl : ..... Ax: ..... Add : .....  
*Result of Examination*  
L : Sph : ..... Cyl : ..... Ax: ..... Add : .....  
PD : .....

Catatan / Note	Nama Dokter/Optician / Doctor's Name/Optician	Stempel / Stamp

**Chubb. Insured.<sup>SM</sup>**