

FORMULIR KLAIM

Asuransi Jiwa

DOKUMEN STANDAR YANG WAJIB DISERAHKAN UNTUK PENGAJUAN KLAIM ASURANSI JIWA (Beri tanda "✓")

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Formulir Klaim Asuransi Meninggal Dunia Cigna Bagian I, yang telah diisi lengkap dan ditandatangani oleh Ahli Waris yang ditunjuk; | <input type="checkbox"/> | Fotokopi Legalisir sesuai Asli Surat Keterangan Kepolisian (apabila klaim akibat kecelakaan lalulintas/tindakan kriminal/kematian tidak wajar); |
| <input type="checkbox"/> | Formulir Klaim Cigna Bagian II (Surat Keterangan Dokter) yang telah diisi lengkap dan ditandatangani oleh Dokter yang merawat, serta distempel Rumah Sakit; | <input type="checkbox"/> | Surat Kronologi Asli yang dibuat dan ditandatangani oleh Ahli Waris (apabila klaim akibat kecelakaan lalulintas/tindak kriminal/kematian tidak wajar); |
| <input type="checkbox"/> | Fotokopi Legalisir sesuai Asli Kartu Tanda Penduduk dan Kartu Keluarga Pemegang Polis/Tertanggung dan Ahli Waris; | <input type="checkbox"/> | Surat Kuasa Penunjukan Ahli Waris |
| <input type="checkbox"/> | Fotokopi Legalisir sesuai Asli Akta Kematian dari Dinas Pencatatan Sipil; | <input type="checkbox"/> | Sertifikat Asuransi atau Polis Asuransi dan Data Polis dari Tertanggung |
| <input type="checkbox"/> | Fotokopi Legalisir sesuai Asli Surat Keterangan Kematian dari Rumah Sakit; | <input type="checkbox"/> | Fotokopi Buku Tabungan Ahli Waris (apabila penerima manfaat adalah ahli waris) |

BAGIAN I : UNTUK DILENGKAPI OLEH AHLI WARIS

Yang bertandatangan di bawah ini

Nama Lengkap Ahli Waris

Hubungan dengan Tertanggung

 Anak Istri Suami Lain-lain : _____

Tempat/Tanggal Lahir

 / - -

Jenis Kelamin

 L P

Alamat Korespondensi (apabila berbeda dengan KTP)

Kota

 Kode Pos

No. Telepon

Rumah -

Kantor -

Handphone -

Alamat E-mail

MENERANGKAN DENGAN SEBENARNYA, BAHWA

Nama Polis>Nama Program Asuransi

Nama Pemegang Polis

Nama Tertanggung

Tanggal Lahir Tertanggung

 - - Jenis Kelamin L P

Nama & Alamat Perusahaan tempat Tertanggung bekerja

Kota

 Kode Pos

Telepon Perusahaan/Kantor

 -

| | |
|-------------------|--|
| Tanggal Meninggal | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Jam <input type="text"/> : <input type="text"/> |
| Tempat Meninggal | <input type="checkbox"/> Rumah <input type="checkbox"/> RS/Klinik/Puskesmas <input type="checkbox"/> Lainnya _____ |

BAGIAN II: SURAT KETERANGAN DOKTER
(SECTION II: THE ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT)

| | |
|---|--|
| Nama Pasien (<i>Patient's Name</i>) | <input type="text"/> |
| Tanggal Lahir (<i>Date of Birth</i>) | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Laki-laki (<i>Male</i>) <input type="checkbox"/> Wanita (<i>Female</i>) |
| Nomor Rekam Medis (<i>Medical Record Number</i>) | <input type="text"/> |
| Tempat, tanggal dan waktu meninggal (<i>Time and place of death</i>) | _____, <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Jam (<i>Time</i>) <input type="text"/> : <input type="text"/> <small>Hari/Day Bulan/Month Tahun/Year</small> |
| Diagnosa (<i>Diagnosis</i>) | <input type="text"/> |
| Apakah Pasien dirujuk oleh Dokter/Rumah Sakit lain (<i>Was he/she referred by other doctor/hospital?</i>) | <input type="checkbox"/> Ya (<i>Yes</i>) <input type="checkbox"/> Tidak (<i>No</i>) Nama Rumah Sakit/Dokter asal rujukan (<i>Name of referring Doctor/Hospital</i>) <input type="text"/> |
| Riwayat Penyakit saat ini (<i>Present Condition</i>) | <input type="text"/> |
| Tanggal Konsultasi pertama kali (<i>First Consultation</i>) | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <small>Hari/Day Bulan/Month Tahun/Year</small> |
| Keluhan Utama dan diagnosa (<i>Major symptoms and Diagnosis</i>) | _____ D/ _____ |
| Riwayat Penyakit Dahulu (<i>Medical History</i>) | _____ |
| Apakah kondisi saat ini merupakan kelanjutan, komplikasi atau berhubungan dengan penyakit yang diderita oleh pasien sebelumnya? (<i>Is the present condition a continued, complication or related to the patient's previous illness?</i>) | <input type="checkbox"/> Tidak (<i>No</i>) <input type="checkbox"/> Ya (<i>Yes</i>), Mohon penjelasan lebih lanjut (<i>please specify</i>) _____ _____ |
| Pemeriksaan Fisik (<i>Physical Examination</i>) | <input type="text"/> |
| Pemeriksaan penunjang yang dilakukan (Laboratorium, Rontgen, USG, CT-Scan dan lainnya). (<i>Supporting diagnostic test : Laboratory test, X-ray, USG, CT Scan, etc.</i>) | <input type="text"/> |
| Sebab Meninggal (<i>Cause of Death</i>) | _____ |
| Penyakit yang mendasari dan sejak kapan diderita (<i>Underlying disease and the on set of the disease</i>) | _____ <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <small>Hari/Day Bulan/Month Tahun/Year</small> |
| Apakah penyakit saat ini berhubungan dengan (<i>Is this current condition related to the followings</i>) : | <input type="checkbox"/> Penyakit Bawaan atau kelainan sejak lahir (<i>Congenital related disorders</i>) <input type="checkbox"/> Kehamilan, Kelahiran, atau Keguguran dan komplikasi yang terjadi sebagai akibatnya (<i>Pregnancy, Child Birth, or miscarriage and it's complication</i>) <input type="checkbox"/> Penyalahgunaan Alkohol atau Penggunaan obat-obat terlarang (<i>Drugs and alcohol abuse</i>) <input type="checkbox"/> Berhubungan dengan HIV/AIDS (<i>HIV/AIDS related</i>) <input type="checkbox"/> Bunuh diri (<i>Suicide</i>) <input type="checkbox"/> Penyebab / Penyakit lainnya, mohon jelaskan (<i>Others, please specify</i>), _____ |

| | |
|---|---|
| <p>Apakah sebab meninggal dunia Pasien berhubungan secara langsung dan utama dari kecelakaan? (<i>Was the cause of death directly and mainly related to the accident?</i>)</p> | <input type="checkbox"/> Tidak (<i>No</i>) <input type="checkbox"/> Ya (<i>Yes</i>), Mohon penjelasan lebih lanjut (<i>please specify</i>) |
| <p>Apakah Pasien meninggal semata-mata dan secara langsung diakibatkan oleh Cedera Tubuh karena kecelakaan (<i>Is the death event solely caused and resulted by the body injury due to accident?</i>)</p> | <input type="checkbox"/> Tidak (<i>No</i>) <input type="checkbox"/> Ya (<i>Yes</i>), Mohon penjelasan lebih lanjut (<i>please specify the followings</i>) <p>> Tanggal Kecelakaan (<i>Accident Date</i>) : <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;"><small>Hari/Day Bulan/Month Tahun/Year</small></p> <p>> Tempat terjadinya kecelakaan (<i>Accident venue</i>) : _____</p> <p>> Penyebab kecelakaan (<i>Accident cause</i>) : _____</p> <p>> Lokasi Cedera Tubuh (<i>Body injury location</i>) : _____</p> <p>> Keterangan rinci tentang Cedera Tubuh (<i>Detail of injury Sustained</i>) : _____</p> |
| <p>Apakah dilakukan Pemeriksaan Luar Jenazah atau dilakukan otopsi? (<i>Was there any post mortem external inspection or Autopsy made?</i>)</p> | <input type="checkbox"/> Tidak (<i>No</i>) <input type="checkbox"/> Ya (<i>Yes</i>), Mohon penjelasan lebih lanjut (<i>please specify the followings</i>) <p>Hasil Pemeriksaan Luar Jenazah (<i>External Post Mortem Inspection</i>)</p> <p>_____</p> <p>Hasil Pemeriksaan Dalam Jenazah (<i>Visum et Repertum result</i>)</p> <p>_____</p> |

Saya, sebagai Dokter yang menangani pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan sebenar-benarnya sesuai dengan kondisi pasien yang sebenar-benarnya. (*I hereby declare that as the attending doctor I have read and answered the questions in this form based on the truth and real patient's condition*)

| | |
|--|--|
| <p>Nama Rumah Sakit (<i>Hospital's name</i>) <input type="text"/></p> <p>Alamat Rumah Sakit (<i>Hospital's address</i>) <input type="text"/></p> <p>No. Telepon (<i>Telephone</i>) <input type="text"/> - <input type="text"/></p> <p>Tempat dan Tanggal (<i>Place and Date</i>) <input type="text"/> / <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/></p> | <p>_____</p> <p>Nama Dokter, tanda tangan dan stempel (<i>Full name and signature with hospital/ doctor's stamp</i>)</p> |
|--|--|

SURAT KUASA

Pembukaan dan Pelepasan Informasi Medis

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : _____

Alamat (Sesuai KTP) : _____

Nomor HP/Telp Rumah/lainnya : _____

Nomor Identitas Diri (KTP/SIM) : _____

Hubungan dengan Pasien/Tertanggung : _____

Nama Tertanggung : _____

No. Polis : _____

Dengan ini, saya menyatakan bahwa saya telah mengisi data di atas **dengan lengkap dan benar**. Dengan ini saya memberikan kuasa yang tidak akan berakhir karena sebab-sebab yang tercantum dalam pasal 1813 KUH Perdata kepada setiap Dokter ataupun Dokter pengganti yang ditunjuk oleh pihak **Rumah Sakit/Klinik/Sanatorium/Puskesmas Praktisi Medis** untuk memberikan keterangan yang sejujur-jujurnya mengenai Diagnosa Penyakit dan/atau Cedera Tubuh yang pernah atau masih diderita, riwayat perawatan rawat inap/rawat jalan yang telah atau sedang diberikan, memperlihatkan isi catatan rekam medis, dan saya juga memberikan kuasa kepada **Perorangan, Badan Hukum, Perusahaan Asuransi, Instansi Pemerintah maupun Swasta, Organisasi atau Lembaga lain** untuk memberikan keterangan yang sejujur-jujurnya mengenai riwayat Penyakit dan/atau Cedera Tubuh serta identitas Tertanggung, kepada **PT Asuransi Cigna atau yang mewakilinya**. Salinan Deklarasi dan Otorisasi ini berlaku sama kuatnya dan sah seperti aslinya.

Ditandatangani di:

Tanggal / /
tanggal bulan tahun

Materai Rp 6.000

(_____)
Tanda tangan dan Nama Jelas yang memberikan Kuasa