



FORMULIR KLAIM MENINGGAL DUNIA

Claim Form For Death

PENTING - IMPORTANT

- ◆ Harap lengkapi dengan menggunakan huruf cetak.
Please complete this form in block letters
- ◆ Apabila ruang yang tersedia tidak mencukupi, anda dapat menggunakan kertas lain dan melampirkannya bersama dengan formulir ini
If the space provided is not enough, you may write on additional sheet and attach it with this form

◆ **Mohon kelengkapan dokumen berupa :**
The following documents should be attached

- a. Surat Keterangan Kematian dari Pemerintah Daerah Setempat;
Death Certificate issued by the local authorities
- b. Fotokopi KTP, KK (yang telah dilegalisir), dan Sertifikat Asuransi atau Polis Asuransi Tertanggung;
Certified copy of ID and Family Card and Insurance Certificate or Policy of the Insured
- c. Salinan Lembar Penagihan (untuk Program Asuransi Revolving Credit / Credit Shield);
Copy of Billing Statement (for Revolving Credit / Credit Shield Insurance Program);
- d. Tabel Penurunan Pinjaman (untuk Program Asuransi Credit Life);
Table of Decreasing Loan Balance (for Credit Life Insurance Program)
- e. Resume Medis / Surat Keterangan dari Dokter / Rumah Sakit;
Medical Resume / Certificate from the Physician / Hospital
- f. Surat Kuasa Penunjukkan Ahli Waris (dalam hal pengurusan klaim);
Power of Attorney appointing an Heir/Beneficiary (to file a claim)
- g. Dokumen pendukung lain sesuai dengan persyaratan yang diminta;
Other supporting documents as required.

1. BAGIAN UNTUK DILENGKAPI OLEH AHLI WARIS

This Section to be Completed by the Beneficiary

Pemegang Polis : <i>(Policyholder's name)</i>	Nama Pasien <i>(Patient's name)</i>
No. Polis / Nama Program Asuransi : <i>(Policy No/ Insurance Program)</i>	Nama RS : <i>(Hospital's name)</i> No. Rekam Medis : <i>(Medical Record Number)</i>
No. Rekening Kartu Kredit dimana Premi dibebankan : <i>(Credit card or account in which premium were charged)</i>	Tanggal Lahir (tgl/bln/thn) ____/____/____ <i>(date of birth)(dd/mm/yy)</i> Jenis Kelamin (sex) : Laki-laki / Perempuan Pekerjaan (Occupation) :
Alamat sesuai KTP : <i>(Formal Address)</i>	No. Telpn _____ Hand Phone <i>(Phone No.)</i> _____ Rumah (Home) _____ Kantor (Office) _____ Fax (Facsimile) _____ E-mail
Alamat Korespondensi perihal klaim ini, apabila alamat berbeda : <i>(Correspondence address regarding this claim if above address is different)</i>	MOHON DIISI UNTUK KEMUDAHAN DALAM BERKOMUNIKASI <i>Please complete for ease of communication</i>
a. Tanggal meninggal ? <i>Date of death?</i>	Tanggal _____ Bulan _____ Tahun _____ Hour _____ <i>Date _____ Month _____ Year _____ Time _____</i>
b. Menurut dokter, apakah penyakit penyebab tertanggung meninggal ? <i>The cause of death, according to the physician?</i>	b. _____
c. Apakah sebelum meninggal, tertanggung mendapatkan perawatan di RS / dokter ? Jika ya, mohon jelaskan tanggal perawatan, Nama RS / tempat perawatan dan nama dokter. <i>Before his death did the insured receive hospital treatment/ or treatment by the physician? If yes, please give details on date of treatment, name of hospital and physician.</i>	c. [<input type="checkbox"/>] YA - Yes [<input type="checkbox"/>] TIDAK - No Jika ya mohon cantumkan : tgl _____ bln _____ thn _____ <i>If Yes, please state : date _____ month _____ year _____</i> _____
d. Sejak kapan tertanggung menderita penyakit tersebut ? <i>Since when has the insured suffered from the sickness?</i>	d. _____/_____/_____ (tgl / bln / thn) _____/_____/_____ (dd / mm / year)

<p>e. Apakah tertanggung menderita penyakit lainnya ? Jika “YA” mohon sebutkan dan jelaskan sejak kapan menderita penyakit tersebut. <i>Did the insured also suffer from other sickness? Is YES, please state since when</i></p> <p>f. Sebelum meninggal, dimanakah tertanggung biasa berobat ke dokter / RS / klinik lainnya baik rawat inap maupun berobat jalan ? mohon sebutkan Nama dokter, Alamat praktek dan nomor telepon. <i>Before his death, where did the insured get treatment, either from other physician / hospital / clinic as in-patient as well as out-patient? Please state name, address and telephone number.</i></p> <p>Jika tertanggung mengalami kecelakaan sebelum meninggal :</p> <p>g. Lokasi / tempat dan tanggal kejadian kecelakaan. <i>Location / site and date of accident.</i></p> <p>h. Bagaimana terjadinya kecelakaan ? <i>How did the accident occur?</i></p> <p>i. Setelah kejadian, dimanakah tertanggung ditangani ? <i>After the accident, where did the insured get treatment?</i></p>	<p>e. (1) _____ tgl (dd) _____ bln (mm) _____ thn (yr) _____ (2) _____ tgl (dd) _____ bln (mm) _____ thn (yr) _____ (3) _____ tgl (dd) _____ bln (mm) _____ thn (yr) _____</p> <p>f. (1) _____ (2) _____ (3) _____</p> <p>g. _____ tanggal _____ bulan _____ tahun _____ _____ date _____ month _____ year _____</p> <p>h. _____</p> <p>i. _____</p>
--	---

Deklarasi dan Otorisasi :

Dengan ini saya menyatakan bahwa keterangan di atas adalah yang sebenar-benarnya dan selengkap-lengkapny menurut sepengetahuan dan kepercayaan saya. Dengan ini pula saya memberi kuasa penuh kepada setiap dokter, Rumah Sakit, Klinik, Perusahaan Asuransi, Organisasi, Instansi atau individu lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan dan kesehatan saya untuk memberitahukan kepada PT. Asuransi Cigna atau pihak lain yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan saya. Fotokopi dari pernyataan ini sama kuat dan sahnya seperti aslinya.

Declaration and Authorization:

I hereby declare that the above information is true and complete to the best of my knowledge and belief. I hereby grant full authority to every physician, Hospital, Clinic, Insurance Company, Agency, Institution or other individuals who have records or have knowledge of my health condition to inform PT. Asuransi CIGNA or another party authorized by it, all particulars concerning myself and my health condition. Copies of this statement are equally legal and valid as the original.

Tanggal (Date) _____ (tgl (dd) / bln (mm) / thn (yr))

materai Rp 6000
(stamp duty Rp 6000)

(_____)
Tanda tangan & nama jelas
Signature and full name

CARA MENGAJUKAN KLAIM MENINGGAL DUNIA DENGAN BENAR
Proper Procedure for Claim on Death

1. Pastikan perlindungan atas diri TERTANGGUNG dalam keadaan aktif dan premi sudah dibayar pada saat AHLI WARIS mengajukan klaim.
Make sure insurance on the INSURED is still active and premium paid at time the BENEFICIARY files the claim.
2. Ikuti petunjuk klaim sebagaimana tertera dalam polis anda.
Follow directions for claim as stated in your policy
3. Ajukan pemberitahuan tertulis kepada PT. asuransi CIGNA secepatnya atau selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari kalender sejak peristiwa yang dipertanggungjawabkan terjadi.
Mintakan formulir klaim yang sesuai apabila anda belum memilikinya.
Send written notice promptly to PT Asuransi CIGNA or not later than 30 (thirty) calendar days since occurrence of the insured peril. Ask for the proper claim form if you do not have any.
4. Isi Formulir klaim meninggal dunia dengan seksama dan jawab semua pertanyaan yang ada.
Fill in the Claim Form for Death thoroughly. Answer all questions.
5. Mintalah dokter yang merawat TERTANGGUNG untuk melengkapi Bagian 2 dari formulir klaim dan mengisi formulir dengan lengkap, jelas dan benar.
Ask the physician treating the INSURED to complete Section II of this Claim Form properly, clearly and truthfully.
6. Mohon melampirkan Dokumen pendukung yang disyaratkan dalam polis anda ketika mengajukan klaim meninggal dunia (misalnya KTP, KK, surat keterangan meninggal dunia dari Pemerintah Daerah setempat, surat keterangan dokter, surat keterangan polisi bila disebabkan oleh kecelakaan, salinan sertifikat asuransi, salinan lembar tagihan, dsb.).
Please enclose supporting documents required by your Policy when filing claim (such as ID Card, Family Card, Death Certificate from the local authorities, medical certificate, police certificate in case of accident, copy of insurance certificate, copy of billing statement, etc.)
7. Kembalikan formulir klaim meninggal dunia dalam waktu yang telah ditentukan didalam polis yaitu selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari sejak peristiwa yang dipertanggungjawabkan terjadi.
Please submit your claim form for death within the period specified in your policy, i.e. not later than 30 (thirty) days after date of occurrence of the insured peril.
8. Pengiriman dokumen berupa fax, fotokopi yang bukan legalisir ataupun dokumen yang tidak lengkap TIDAK AKAN DIPROSES sampai perusahaan menerima dokumen asli / fotokopi legalisir sesuai dengan ketentuan yang ada di dalam polis.
Submission of faxed documents, uncertified copy of or incomplete documents WILL NOT BE PROCESSED pending receipt by the Company of original or certified copy of documents in accordance with the provisions in the policy.

2. BAGIAN UNTUK DILENGKAPI OLEH DOKTER YANG MERAWAT
This Section to be Completed by the Attending Physician

1. a. Nama dokter yang merawat : _____
Name of attending physician
- b. Rumah Sakit / Poliklinik /
 Puskesmas / Pribadi : _____
Hospital/Clinic/PHC/Private
- c. Alamat : _____
Address
- d. Telepon / Fax. : _____
Telephone / Facsimile

menerangkan bahwa :

2. a. Nama Pasien : _____
Name of Patient
- b. Umur : _____
Aged
- c. Alamat : _____
Address
- d. Nomor Rekam Medis RS : _____
Medical Record No.

Apakah pasien menjalani perawatan / penanganan di RS sebelum meninggal ?

Was the patient treated in hospital before his death?

[] YA - YES

[] TIDAK - NO

3. a. Tanggal Perawatan sebelum meninggal :
Date treated before his death :

3. a. _____ s/d (until) _____

b. Dirujuk oleh Dokter / Rumah sakit :
Referred by Physician/ Hospital :

b. () YA - YES

() TIDAK - NO

Nama RS / dokter asal rujukan : _____
Name of referring physician / Hospital

c. Tanggal pasien konsultasi pertama kali :
Date of the patient's first consultation

c. Tanggal (Date) _____ Bulan (Month) _____ Tahun (Year) _____

d. Anamnesis

d.1. Keluhan Utama (*Major complaints*)

d.1. _____

d.2. Riwayat Penyakit Sekarang (*History of present sickness*)

d.2. _____

d.3. Riwayat Penyakit Dahulu (*History of past sickness*)

Tanggal pertama kali timbul
(date first detected)
 Tanggal / bulan / tahun
(date / month / year)

d.3. (1) _____ : _____ / _____ / _____
 (2) _____ : _____ / _____ / _____
 (3) _____ : _____ / _____ / _____
 (4) _____ : _____ / _____ / _____

e. Pemeriksaan Fisik (*Physical examination*):

e. _____

f. Pemeriksaan penunjang yang dilakukan
 (Laboratorium, Roentgen, USG, CT-Scan dan lainnya)
Other supporting examinations
 (Laboratory, X-ray, USG, CT-Scan etc)

f. _____

<p>4. Diagnosis LENGKAP <i>Complete diagnosis</i></p> <p>5. Apakah penyakit pasien termasuk kelainan / berhubungan dengan hal berikut ini : <i>Was patient's sickness an abnormality/ connected with the following:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Penggunaan alkohol atau penyalahgunaan obat <i>Use of alcohol or misuse of drugs?</i> ◆ Bunuh diri <i>Suicide?</i> <p>6.a. Tempat, tanggal dan waktu meninggal : <i>Place, date and time of death:</i></p> <p>b. Sebab Meninggal : <i>Cause of death</i></p> <p>c. Penyakit yang mendasari dan sejak kapan diderita dalam tanggal/bulan/tahun : <i>Sickness suffered and since when</i></p> <p>Apabila pasien meninggal karena kecelakaan, mohon informasi : <i>In the event of accidental death, please furnish the following information:</i></p> <p>7. a. Tanggal kecelakaan : <i>Date of accident:</i></p> <p>b. Keterangan rinci tentang luka cederanya : <i>Details of injury sustained</i></p> <p>c. Lokasi luka / cederanya : <i>Which part was injured</i></p> <p>d. Apakah sebab meninggal dunia pasien berhubungan secara langsung dan utama akibat dari cedera tubuh/kecelakaan ? <i>Was the cause of death directly and mainly related to bodily injury/accident?</i></p>	<p>4. _____</p> <p>5. _____</p> <p>[] YA – <i>Yes</i> [] TIDAK - <i>No</i></p> <p>[] YA – <i>Yes</i> [] TIDAK - <i>No</i></p> <p>6.a. _____ Tanggal__ Bulan_____ Tahun _____ Jam_____</p> <p>_____ Date_____ Month_____ Year_____ Hour_____</p> <p>b. _____</p> <p>c. _____</p> <p>7.a. Tanggal (<i>date</i>) _____ Bulan (<i>month</i>) _____ Tahun (<i>year</i>) _____</p> <p>b. _____</p> <p>c. _____</p> <p>d. [] YA - <i>Yes</i> , mohon penjelasannya di bawah ini – <i>Please Explain</i> :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>[] TIDAK - <i>No</i></p>
--	--

Deklarasi dan otorisasi :

Dengan ini saya menyatakan bahwa keterangan di atas adalah yang sebenar-benarnya dan selengkap-lengkapny menurut sepengetahuan dan kepercayaan saya.

Declaration and authorization :

*I hereby declare that the information given above is the truest, complete and correct to my knowledge and my belief.
(Herewith I declare that the information above I have given completely and correctness)*

Tanda tangan Dokter yang merawat :..... Tanggal :.....
(Signature of attending physician) (Date)

Nama Dokter (huruf cetak) :..... Ahli / Kualifikasi :.....
(Doctor's name) (Qualification)

Alamat :..... Cap Rumah Sakit :.....
(Address) (Stamp of Hospital)

**Note : Hanya berlaku bila diisi, ditandatangani dicap oleh dokter/rumah sakit yang bersangkutan
(Only valid if filled out, signed, stamped by attending physician)**