

Profil PT Asuransi CIGNA

CIGNA Corporation, merupakan perusahaan global penyedia jasa kesehatan yang berdedikasi dengan misinya dalam membantu meningkatkan kesehatan, kesejahteraan dan rasa aman orang-orang yang kita layani. Berpusat di Philadelphia, CIGNA terus tumbuh berdiversifikasi. Saat ini, CIGNA mengoperasikan jaringan perusahaannya di sejumlah Negara di penjuru dunia, dengan jumlah karyawan mencapai 28.000 orang. CIGNA dan anak perusahaannya menawarkan program yang melayani hingga 47 juta orang di dunia. Pada akhir tahun 2008, CIGNA Corporation telah mengkonsolidasi modalnya senilai US\$3,6 milyar dan dari total pendapatan operasionalnya menghasilkan keuntungan senilai US\$19,1 milyar.

PT Asuransi CIGNA merupakan perusahaan penyedia jasa asuransi jiwa, kesehatan dan kecelakaan diri yang didirikan di tahun 1990, adalah wujud dari komitmen CIGNA Corporation untuk mengembangkan bisnisnya di Indonesia, di mana hingga saat ini telah tumbuh dan berkembang menjadi perusahaan asuransi terkemuka di Indonesia yang sangat fokus dalam *Affinity Marketing*. PT Asuransi CIGNA menawarkan produk asuransi dengan premi terjangkau, cara pembayaran yang mudah, melalui kerjasama dengan mitra usaha, baik dibidang institusi keuangan maupun institusi lainnya. Pada akhir tahun 2008, Pemegang Polis di PT Asuransi CIGNA berjumlah lebih dari 1,5 juta orang dan RBC sebesar 269%, jauh melebihi ketentuan pemerintah sebesar 120%.

Seiring dengan pertumbuhannya, PT Asuransi CIGNA telah memperoleh penghargaan seperti Penghargaan Asuransi Jiwa Terbaik 2009 untuk kategori Medium mulai Rp. 100 milyar hingga Rp. 250 milyar dari Majalah Media Asuransi Penghargaan Khusus “ GOLDEN TROPHY AWARD “ dari majalah Infobank sebagai Perusahaan Asuransi dengan predikat luar biasa selama 6 tahun mulai 2002 – 2008, Call Center Awards 2009 for Service Excellence dari Carre CCSL (Center for Customer Satisfaction & Loyalty) dan Majalah Marketing serta Penghargaan CIGNA Country of the Year 2007 dari CIGNA International.

FORMULIR KLAIM ASURANSI KESEHATAN HEALTH INSURANCE CLAIM FORM

FORMULIR INI DAPAT DIFOTO KOPI UNTUK KEPERLUAN PENGAJUAN KLAIM ASURANSI KESEHATAN ANDA

PETUNJUK PENGAJUAN KLAIM ASURANSI KESEHATAN

1. Pastikan perlindungan atas diri Anda dan keluarga Anda masih berlaku dan premi sudah dibayarkan pada saat Anda mengajukan klaim serta pengajuan klaim sesuai dengan Jenis Pertanggungan Asuransi yang Anda miliki;
2. Ajukan Klaim kepada PT. Asuransi CIGNA (Perusahaan) secepatnya atau selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari kalender sejak Peristiwa Yang Dipertanggungkan terjadi;
3. Isi formulir klaim dengan seksama. Jawab semua pertanyaan yang ada. Sertakan dokumen yang menunjang seperti : surat pernyataan Dokter, rincian kuitansi perawatan tanda pembayaran, dan hasil laboratorium jika ada. Apabila Anda mengalami kecelakaan lalu lintas, sertakan pula surat keterangan dari Kepolisian. Mohon lampirkan Dokumen pendukung yang disyaratkan Polis Anda ketika mengajukan klaim (misalnya KTP, KK, Kwitansi Asli/Kopi Legalisir);
4. Mintalah dokter yang merawat Anda untuk mengisi dan melengkapi Formulir Keterangan Dokter dengan lengkap, jelas dan benar;
5. Pengajuan Klaim dengan menggunakan dokumen fax, fotokopi yang bukan legalisir ataupun dokumen yang tidak lengkap **TIDAK AKAN DIPROSES** sampai Perusahaan menerima dokumen asli / foto kopi legalisir sesuai dengan ketentuan yang ada di dalam Polis;
6. Kelengkapan Dokumen yang menunjang klaim yang diajukan akan mempercepat Proses Klaim Anda.

BAGIAN A
(Section A)

DATA PEMEGANG POLIS
(Policyholder information)

BAGIAN B
(Section B)

DATA PASIEN / TERTANGGUNG
(Patient's / Insured's information)

Pemegang Polis (Policyholder's Name)	Nama Pasien /Tertanggung (Patient's name)	
No. Polis / Nama Program Asuransi : (Policy No / Insurance Program)	Nomor Rekam Medis (Medical Record Number)	
No. Rekening/Kartu Kredit dimana Premi dibebankan (Credit card or account in wich premium were charged)	Tanggal Lahir (tgl/bln/thn) _____ / _____ / _____ (date of birth)(dd/mm/yy)	Jenis Kelamin (sex) : Laki-Laki / Perempuan (Male / Female) Pekerjaan (Occupation) : _____
Alamat Sesuai KTP : (Formal Address)	No. Telepon (Phone. No) _____ Hand Phone _____ MOHON DIISI UNTUK KEMUDAHAN DALAM MENGGOMUNIKASIKAN KLAIM ANDA	
Alamat untuk koresponden perihal klaim ini, apabila alamat berbeda (correspondence address regarding this claim if above address is different)	_____ Rumah (Home) _____ Kantor (office) _____ Fax (Facsimile) _____ E-mail	

BAGIAN C
(Section C)

RIWAYAT PERAWATAN RUMAH SAKIT
(Hospital Confinement Chronology)

1. Lamanya perawatan Rumah Sakit.....Hari Tanggal Masuk _____ Tanggal Keluar _____
Hospital confinement period Day (s) Admission Date Discharge Date
2. Nama – nama Dokter yang merawat _____
Attending Physician's names
3. Nama dan Alamat Rumah Sakit _____
Hospital Name and Address
- _____
- _____
- _____ *Telephone :* _____ *Facsimile :* _____

BAGIAN D
(Section D)

PENYAKIT YANG DIDERITA
(Suffered Illness / Diagnose)

1. Nama Penyakit (*Diagnose*) _____
2. Sejak kapankah Penyakit tersebut timbul _____
Since when the symptoms appeared
3. Keluhan utama yang menyebabkan terjadinya Perawatan Rumah Sakit _____
Major symptoms
4. Uraikan secara singkat kondisi penyakit sehingga menjalani Perawatan Rumah Sakit dan Kondisi Kesehatan yang berhubungan dengan penyakit yang diderita
Please describe briefly the chronology of the health condition that led you to be hospitalized and any other related medical condition you suffer
- _____
- _____
- _____

JIKA PERAWATAN RUMAH SAKIT DISEBABKAN OLEH KECELAKAAN (If the Hospital confinement was caused by accident)

5. Sebutkan tanggal, waktu dan tempat terjadinya Kecelakaan tersebut _____
Specify the date, time and place where the accident occurred
6. Jelaskan luka / cedera tubuh yang diderita _____
Describe the injury

BAGIAN E
(Section E)

KETERANGAN PENTING LAINNYA
(Other Important Information)

1. Apakah Tertanggung pernah melakukan konsultasi dengan Dokter lain untuk penyakit yang sama atau serupa sebelumnya ?
(Have you ever seen the other Doctor for this condition or have had any similar condition in the past ?)

Ya Tidak
Yes No

Jika "YA" mohon berikan penjelasan *(if Yes, please specify the following details)*

Konsultasi dilakukan pada ____ / ____ / ____ tgl/bl/th
Consultation event dd/mm/yy

Nama Dokter/Rumah Sakit dan alamat Dokter/Rumah Sakit tempat konsultasi tersebut _____
(Name (s) and address (es) of Doctor and/or hospitals) _____

Gejala / *symptoms* : _____

2. Sebutkan Nama dan alamat Dokter/ RS/ Klinik yang biasa dikunjungi Tertanggung
(please state the name and address of the Doctor/Hospital/Clinic that usually visited by the Insured)

Dokter/RS/Clinic	Alamat / Address	Penyakit / Diagnose	Tanggal / Date

3. Apakah Tertanggung memiliki Polis Asuransi lain ? Jika Ya, mohon sebutkan nama Perusahaan Asuransi tersebut, Nomor Polis dan Jenis Pertanggungannya
(Are you covered under any other policy ? If Yes, please state the name of company, policy number and type of insurance)

4. Apakah Tertanggung pernah mengajukan klaim sebelumnya atas Polis ini atau Polis lainnya baik untuk penyakit yang sama maupun berbeda ?
(Has the Insured ever submitted the claims from this policy or other policy for the same / different condition?)

5. Jika Tertanggung menjalani perawatan rumah sakit diluar Indonesia, mohon berikan informasi tambahan berikut ini :
(If you were hospitalized in abroad, please state the following additional information)

Tujuan keluar negeri *(Purpose of the overseas trip)* _____

Jadwal perjalanan dan tempat tujuan *(Itinerary plan and destination)* _____

Rencana lamanya tinggal di luar negeri *(The length of stay in abroad)* _____

BAGIAN F
(Section F)

CARA PEMBAYARAN KLAIM
(Method of claim payment)

NAMA PEMEGANG POLIS _____
(Policyholder's name)

Nomor Polis _____
(Policy No.)

NAMA BANK _____
(Transfer Bank)

Nomor Rekening _____
Account Number

Nama Cabang dan Kota _____
Bank, Branch Name

Nama Pemegang Rekening _____
Account Holder's name

Apabila pemegang Rekening bukan Pemegang Polis, mohon lampirkan surat kuasa dari Pemegang Polis, dan mohon tulis secara jelas untuk menghindari tidak sampainya pembayaran klaim
(If the account holder is not a policy holder please enclose the authorization letter, please write the information correctly and clearly to avoid return transaction of the claim payment)

Deklarasi dan otorisasi :

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah memberikan keterangan di atas dengan sebenar-benarnya dan selengkap-lengkapnyanya 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 / Tertanggung untuk memberitahukan kepada PT Asuransi CIGNA atau pihak lain yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan saya.

Foto kopi dari pernyataan ini sama kuat dan sahnya seperti aslinya.

Declaration and authorization :

I hereby declare that the information given above is the truest, complete and correct to my knowledge and my belief. I'm fully authorizing PT Asuransi CIGNA to obtain the confidential report of my health condition from the Hospital(s), Doctor(s), Other Insurance company(ies) or other organization or institution or any individual that has any records or relevant knowledge or information pertaining to my condition which acquired by PT Asuransi CIGNA or their authorized representatives.

The copy of this authorization shall be considered as effective and legitimate as the original.

Materai/Stamp Duty
Rp 6,000

Tanggal tgl / bln / thn
Date dd / mm / yy

Tanda tangan pasien / Tertanggung
(Patient's / Insured's signature)

Tanda tangan Pemegang Polis
(Policyholder's signature)

FORMULIR KETERANGAN DOKTER
(Attending physician's form)

A. DATA PASIEN / TERTANGGUNG (*Patient's / Insured's information*)

- 1 Nama Pasien / Tertanggung _____
(*Patient's / Insured's information*)
- 2 Nama dan Alamat Rumah Sakit _____
(*Hospital's name and address*)
- | | | | |
|--|-----------------|---------------------------------|----------------------------------|
| 3 Lama hari perawatan yang ditagihkan ke pasien
(<i>the charged hospitalization length</i>) | Hari
Day (s) | Tanggal Masuk
Admission Date | Tanggal keluar
Discharge Date |
|--|-----------------|---------------------------------|----------------------------------|

B. RIWAYAT PENYAKIT (*Medical History*)

- 1 Diagnosis penyakit (*Diagnose*) _____
- 2 Menurut anamnesis dan catatan medis yang ada, sudah berapa lama keluhan atau Penyakit tersebut dirasakan
(*according to the anamnesis (auto/allo) and the available medical record, how long has the patient been suffering from that symptoms/conditions ?*)

- 3 Menurut anamnesis apakah sebelumnya Pasien / Tertanggung telah memiliki keluhan/gejala/kondisi yang lama seperti saat perawatan kali ini ?
Mohon jelaskan (*Has patient ever had the same or similar condition ? If yes, please state when and describe the condition by that time*)

- 4 Apakah Pasien / Tertanggung sebelumnya telah menunjukkan gejala/penyakit yang berhubungan dengan diagnosis pada saat ini, atau merupakan komplikasi dari Penyakit / Kondisi Kesehatan yang sudah terjadi sebelum perawatan ini ? Bila ada, mohon sebutkan Diagnosis/Kondisi tersebut dan sejak kapan hal itu terjadi (*Has the patient ever had a diagnosis or health condition that leads to the current diagnosis, please specify*)

- 5 Indikasi perawatan Rumah Sakit (*Indication of the hospitalization*)

- 6 Pengobatan yang diberikan (*medical treatment that's given to the patient*)

- 7 Bila ada tindakan pembedahan, mohon tuliskan nama operasi dan tanggal pembedahan
(*If surgical operation was performed, please state the type of operation & the date it was performed*)

8 Apakah keadaan ini merupakan kelainan atau berhubungan dengan hal – hal seperti disebutkan berikut ini (mohon beri tanda bila “YA”)

Is the diagnosis a result from the following conditions, please tick and specify

Kelainan Bawaan (*Congenital Disease*) _____

Kehamilan / Keguguran dan atau komplikasinya (*Due to pregnancy or miscarriage and it's complications*)

Penggunaan Alkohol atau Penyalahgunaan Obat (*Alcohol and or drug abuse*)

Kondisi Kesehatan / Penyakit Yang telah dimiliki Pasien / Tertanggung sebelum perawatan

Kejiwaan, cemas dan/atau psikosomatik (*mental condition, Neurotic and / or psychosomatic disorders*)

Jika Ya, Mohon Sebutkan Psikiater yang merawat (*if Yes please state the attending psychiatrist, name, Hospital*)

9 Adakah Penyakit lain yang diderita Pasien / Tertanggung
(*please state any other conditions that is suffered by the patient/Insured*)

10 Mohon sebutkan nama dokter lain yang merawat Pasien / Tertanggung
(*please state other doctor (s) that also has attended to this Patient*)

C. JIKA PERAWATAN RUMAH SAKIT DISEBABKAN OLEH KECELAKAAN
(*If the Hospital confinement was caused by accident*)

1 Sebutkan tanggal, waktu dan tempat terjadinya Kecelakaan tersebut
Specify the date, time and place where the accident occurred

2 Jelaskan luka / Cedera Tubuh yang diderita
Describe the injury

D. KETERANGAN PENTING LAINNYA (Other Important Information)

1 Apabila ini kasus rujukan, mohon sebutkan nama dan alamat Dokter pengirim
(If it's a referral case, please state the Name and address of the referring doctor):

2 Mohon sebutkan nama dan alamat dokter yang biasa dikunjungi Pasien/Tertanggung
(please state the name and address of the Doctor/Hospital/Clinic that usually visited by the Insured)

3 Menurut catatan medis, mohon sebutkan penyakit / perawatan yang dialami Pasien/Tertanggung
sebelumnya
(Please state any medical condition/given treatment of this patient/Insured)

Keluhan / Symptoms & Signs	Pengobatan / Medication Given	Diagnose	Tanggal/Date	Hasil Pengobatan / Result

Deklarasi dan otorisasi :

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah memberikan keterangan di atas dengan sebenar-benarnya dan selengkap- lengkapnya 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

Tanda tangan Dokter yang merawat : _____ Tanggal : _____
(Signature of attending physician) (date)

Nama (huruf cetak) : _____ Ahli : _____
(Name in block letters) (qualifications)

Alamat : _____ Telp. : _____
(Address) (Telp. No.)

Note : Hanya berlaku bila diisi, ditanda tangani, dicap oleh dokter yang bersangkutan
(Only valid if filled out, signed, stamped by attending physician)