

# FORMULIR KLAIM

## Asuransi Kesehatan

### DOKUMEN STANDAR YANG WAJIB DISERAHKAN UNTUK PENGAJUAN KLAIM ASURANSI KESEHATAN (Beri tanda “✓”)

- |                          |   |                          |                                   |
|--------------------------|---|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1. Formulir Klaim Asuransi Kesehatan;             | <input type="checkbox"/> | 4. Fotokopi Kartu Tanda Pengenal; |
| <input type="checkbox"/> | 2. Perincian biaya perawatan dari Rumah Sakit;    | <input type="checkbox"/> | 5. Fotokopi Kartu Keluarga        |
| <input type="checkbox"/> | 3. Kuitansi asli atau legalisir dari Rumah Sakit; |                          |                                   |

**Catatan:**

- \* Penanggung berhak meminta dokumen pendukung lainnya yang diperlukan oleh Penanggung kepada Pemegang Polis dalam hal klaim yang diajukan memerlukan klarifikasi dan/atau informasi lebih lanjut.
- \*\* Formulir klaim merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan dengan Polis.
- \*\*\* Apabila ada perbedaan antara Formulir Klaim dengan ketentuan Polis, maka yang berlaku adalah ketentuan dalam Polis.

### BAGIAN I : PERNYATAAN PEMEGANG POLIS dan/atau TERTANGGUNG DATA PEMEGANG POLIS

Nama Pemegang Polis	<input type="text"/>
Nomor Polis (sesuai dengan klaim yang diajukan)	<input type="text"/>
Alamat Korespondensi (apabila berbeda dengan KTP)	<input type="text"/>
Kota	<input type="text"/> Kode Pos <input type="text"/>

### Untuk Kemudahan Dalam Komunikasi (WAJIB DIISI)

No. Telepon	Rumah	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
	Kantor	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
	Handphone	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
Alamat E-mail (wajib diisi)	<input type="text"/>			

### DATA TERTANGGUNG

Nama Tertanggung	<input type="text"/>
Tempat/Tanggal Lahir Tertanggung	<input type="text"/> / <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P
Pekerjaan Tertanggung	<input type="text"/>
Nama & Alamat Perusahaan Tertanggung Bekerja	<input type="text"/>
Kota	<input type="text"/> Kode Pos <input type="text"/>

### RIWAYAT PENYAKIT dan/atau CEDERA TUBUH TERTANGGUNG

Tanggal Perawatan	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> s/d <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Nama Dokter/Rumah Sakit yang merawat	<input type="text"/>

Keluhan yang menyebabkan perlunya mendapatkan Perawatan Rumah Sakit baik rawat inap dan/atau rawat jalan?  
Sudah berapa lama Penyakit dan/atau Cedera Tubuh tersebut diderita?

---



---



---

Apakah berhubungan dengan Kecelakaan?  Ya, tanggal  -  -   Tidak

Mohon sebutkan konsultasi atau riwayat pengobatan medis yang pernah dilakukan:

Nama Dokter/ Rumah Sakit	Tanggal	Alamat	Diagnosa

**KETERANGAN PENTING LAINNYA**

Apakah Tertanggung memiliki Polis di perusahaan asuransi lain?  Ya  Tidak

Nama Perusahaan Asuransi

No Polis

**APABILA KLAIM DISETUJUI, MAKA PEMBAYARAN AKAN DITRANSFER KE:**

Nama Pemilik Rekening

Bank dan Cabang

Nomor Rekening

Ditandatangani di:  Tanggal  /  /   
tanggal bulan tahun

**PERNYATAAN PEMEGANG POLIS DAN/ATAU TERTANGGUNG**

Saya, sebagai Pemegang Polis menyatakan setuju bahwa:

- Semua keterangan yang diberikan di dalam Formulir ini adalah benar telah Saya tuliskan dan tidak ada keterangan maupun hal-hal lainnya yang Saya sembunyikan.
- Akibat hukum dan/atau kerugian yang timbul karena ditandatangani Formulir ini dalam keadaan kosong atau belum terisi lengkap menjadi tanggungjawab Saya.
- Segala dokumen kelengkapan persyaratan klaim menjadi hak Penanggung sejak diserahkan kepada Penanggung untuk pengajuan klaim ini.

**PENTING!**  
 Apabila Pemilik rekening bukan Pemegang Polis, mohon lampirkan Surat Kuasa yang ditandatangani di atas meterai tempel Rp 6.000 oleh Pemegang Polis.

Tertanggung	Pemegang Polis
(Nama Jelas & Tanda Tangan)	(Nama Jelas & Tanda Tangan)



Nama Dokter/Rumah Sakit yang merujuk atau yang pernah merawat pasien/Tertanggung (rawat inap/rawat jalan).  
 (Name of Hospital/Doctor whose referred and/or treated the patient/insured (inpatient/outpatient)).

Nama Dokter/Rumah Sakit (Name of Doctor/Hospital)	Tanggal (Date)	Alamat (Address)	Keluhan dan Diagnosa (Symptoms and Diagnosis)

Saya, sebagai Dokter yang menangani pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan sebenar-benarnya sesuai dengan Penyakit pasien/Tertanggung 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/insured's condition).

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

**PT Asuransi Cigna terdaftar dan diawasi Otoritas Jasa Keuangan**

**PT Asuransi Cigna**

Cigna @ Tempo Pavilion 2

Jl. H.R. Rasuna Said Kav. 10, Jakarta Selatan 12950

Cigna SIAP 1-500-033 | Fax (+62-21) 2809 8099 | SIAP@Cigna.com | www.cigna.co.id

# SURAT KUASA

## Pembukaan dan Pelepasan Informasi Medis

### Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : \_\_\_\_\_

Alamat Lengkap (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 menerima dan 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 Surat Kuasa ini berlaku sama kuatnya dan sah seperti aslinya.

Ditandatangani di:

Tanggal  /  /   
tanggal bulan tahun

Meterai Rp 6.000

( \_\_\_\_\_ )  
Tanda tangan dan Nama Jelas yang memberikan Kuasa