

# FORMULIR KLAIM

## Asuransi Ketidakmampuan Sementara/Tetap

**DOKUMEN STANDAR YANG WAJIB DISERAHKAN UNTUK PENGAJUAN KLAIM ASURANSI KETIDAKMAMPUAN SEMENTARA/TETAP (Beri tanda “✓”)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Formulir Klaim Ketidakmampuan Sementara/ Tetap;  | <input type="checkbox"/> 6. Duplikat/Salinan Sertifikat Asuransi (untuk nasabah Asuransi Jiwa Kredit);                |
| <input type="checkbox"/> 2. Surat Keterangan dari Dokter/Rumah Sakit;  | <input type="checkbox"/> 7. Salinan Pernyataan Kondisi Kesehatan (untuk nasabah Asuransi Jiwa Kredit);                |
| <input type="checkbox"/> 3. Fotokopi Kartu Keluarga dan Kartu Tanda Pengenal;  | <input type="checkbox"/> 8. Formulir penutupan permohonan Program Asuransi (untuk nasabah Asuransi Jiwa Kredit);      |
| <input type="checkbox"/> 4. Hasil Medis pendukung Diagnosis;   | <input type="checkbox"/> 9. Berita Acara Serah Terima Kendaraan jika diperlukan (untuk nasabah Asuransi Jiwa Kredit). |
| <input type="checkbox"/> 5. Surat pengantar pengajuan klaim dan <i>Payment Schedule</i> Pembiayaan Tertanggung dari Pemegang Polis (untuk nasabah Asuransi Jiwa Kredit); |   |

**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: UNTUK DILENGKAPI OLEH PEMEGANG POLIS/TERTANGGUNG

Nama Produk Asuransi	<input type="text"/>
Nomor Polis	<input type="text"/>
Nama Pemegang Polis	<input type="text"/>
Nama Tertanggung	<input type="text"/>
Tempat/Tanggal Lahir Tertanggung	<input type="text"/> / <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (tgl-bln-thn)
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"/>
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	<input type="text"/>
Nama Tertanggung/Pemegang Polis/Pihak yang mengajukan Klaim	<input type="text"/>
Hubungan Dengan Tertanggung	<input type="checkbox"/> Diri Sendiri <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Istri <input type="checkbox"/> Suami <input type="checkbox"/> Lain-lain <input type="text"/>

### KETERANGAN PENTING LAINNYA

Apakah Tertanggung memiliki Polis di Perusahaan asuransi lain?  Ya  Tidak

Nama Perusahaan Asuransi Nomor Polis	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nama Rumah Sakit tempat Perawatan saat ini Nomor Rekam Medis	<input type="text"/> <input type="text"/>
Keterangan pekerjaan sebelum Cacat/Ketidakkampuan: > Sudah berapa lama bekerja : > Jelaskan secara detail pekerjaan yang dilakukan  <i>Catatan:</i> Jika tidak bekerja, jelaskan aktifitas sebelum terjadinya Cacat/Ketidakkampuan	<input type="text"/> tahun <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Ketidakkampuan yang diderita disebabkan oleh:	<input type="checkbox"/> Penyakit <input type="checkbox"/> Kecelakaan

Sejak kapan Tertanggung menderita Penyakit/ Cedera tersebut?  Jelaskan secara terperinci gejala-gejala Penyakit/ Cedera/cacat yang diderita	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (tgl-bln-thn)  <hr/> <hr/>																				
Tanggal dimulainya tidak masuk bekerja:	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (tgl-bln-thn)																				
Apakah sekarang ini dapat melakukan aktivitas sehari-hari dan aktifitas sehari-hari apa saja saat ini yang bisa dilakukan sendiri? Jelaskan	<hr/> <hr/>																				
Tanggal mulai bekerja kembali atau perkiraan waktu sudah dapat bekerja kembali	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (tgl-bln-thn)																				
Apakah pernah mengalami Penyakit/Cedera serupa sebelumnya? <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, _____																					
Mohon lengkapi tabel berikut ini																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nama Dokter/Rumah Sakit</th> <th>Alamat</th> <th>Tanggal Berobat</th> <th>Diagnosis</th> <th>Diderita Sejak Kapan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		Nama Dokter/Rumah Sakit	Alamat	Tanggal Berobat	Diagnosis	Diderita Sejak Kapan															
Nama Dokter/Rumah Sakit	Alamat	Tanggal Berobat	Diagnosis	Diderita Sejak Kapan																	

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

Nama Pemilik Rekening	<input type="text"/>
Bank dan Cabang	<input type="text"/>
Nomor Rekening	<input type="text"/>
Ditandatangani di:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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 ditandatanganinya Formulir ini dalam keadaan kosong atau belum terisi lengkap menjadi tanggung jawab Saya.
- Segala dokumen kelengkapan persyaratan klaim menjadi hak Penanggung sejak diserahkan kepada Penanggung untuk pengajuan Klaim ini.

<b>Tertanggung</b>	<b>Pemegang Polis</b>
(Nama Jelas & Tanda Tangan)	(Nama Jelas & Tanda Tangan)

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

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

Nama Pasien/Tertanggung (Patient's Name/Insured's Name)	<input type="text"/>
Tanggal Lahir (Date of Birth)	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Laki-laki (Male) <input type="checkbox"/> Wanita (Female)
Nomor Rekam Medis (Medical Record Number)	<input type="text"/>

Apakah Anda Dokter pribadi pasien/Tertanggung atau Dokter di mana Tertanggung biasa berkonsultasi/berobat? (Are you the family or personal Doctor where the patient/insured received consultant and treatments?)

Ya (Yes)  Tidak (No)

Jika "Ya" tanggal berapa Tertanggung berkonsultasi/berobat pertama kali? (If Yes, please specify the first consultation date)

-  -  (tgl-bln-thn) (day-month-year)

Jika "Tidak" mohon sebutkan nama dan Dokter yang Anda ketahui telah merawat pasien untuk Penyakit/Cedera tubuh ini (If No, please specify name and doctor's adress who has seen the patient for medical treatment)

Nama Dokter/ Rumah Sakit (Name of Doctor/Hospital)	Alamat (Address)	Tanggal Berobat (Treatment Date)	Diagnosis (Diagnosis)	Diderita Sejak Kapan (On Set of Condition)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Apakah Pasien/Tertanggung dirujuk oleh Dokter/Rumah Sakit lain (Was he/she referred by other Doctor/Hospital?)

Ya (Yes)  Tidak (No)

Nama Rumah Sakit/Dokter asal rujukan (Name of referring Doctor/Hospital)

Tanggal konsultasi pertama kali  
(First Consultation)

-  -   
 Tanggal/Date Bulan/Month Tahun/Year

Keluhan utama dan Diagnosis (Major Symptoms and Diagnosis)

Diagnosis

Riwayat Penyakit/Cedera Tertanggung saat ini  
(Present Condition):

Cacat/Ketidakkampuan yang diakibatkan oleh  
(Disability is caused by):

Penyakit (Illness)  Kecelakaan (Accident)

Kondisi pasien/Tertanggung saat masih dapat melakukan hal-hal di bawah ini secara mandiri/sendiri.

(Activity that can still be independently done by patient):

Aktifitas (Activity)	Dapat Dilakukan Sendiri (Self)	Memerlukan Bantuan (Needs Assistance)
> Memakai pakaian (dressing)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Makan/Minum (eating/drinking)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Menggunakan Toilet/WC (toileting)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Jalan (walking)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Bangun dari tempat tidur (move from bed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> Duduk/bangun dari posisi duduk (getting up)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



# 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 : \_\_\_\_\_

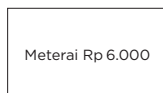
Nama Tertanggung : \_\_\_\_\_

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 Diagnosis 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      bulan      tahun



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