

FORMULIR KLAIM

Asuransi Jiwa

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Asli Formulir Klaim Meninggal Dunia yang disediakan oleh Penanggung; | <input type="checkbox"/> 6. Fotokopi identitas Tertanggung dan Penerima Manfaat yang masih berlaku; |
| <input type="checkbox"/> 2. Fotokopi surat keterangan meninggal dunia dari pemerintah atau akta kematian yang dilegalisasi; | <input type="checkbox"/> 7. Salinan Sertifikat Asuransi (untuk nasabah Asuransi Jiwa Kredit); |
| <input type="checkbox"/> 3. Fotokopi surat keterangan meninggal dunia dari rumah sakit yang dilegalisasi; | <input type="checkbox"/> 8. Surat pengantar pengajuan klaim dan <i>Payment Schedule</i> Pembiayaan Tertanggung dari Pemegang Polis (untuk nasabah Asuransi Jiwa Kredit); |
| <input type="checkbox"/> 4. Fotokopi surat keterangan kepolisian dalam hal Tertanggung meninggal dunia akibat kecelakaan atau hasil tidak wajar yang dilegalisasi; | <input type="checkbox"/> 9. Salinan Pernyataan Kondisi Kesehatan (untuk nasabah Asuransi Jiwa Kredit); |
| <input type="checkbox"/> 5. Fotokopi surat keterangan mengenai identitas diri yang berkepentingan dalam Polis; | <input type="checkbox"/> 10. Formulir penutupan permohonan Program Asuransi (untuk nasabah Asuransi Jiwa Kredit); |
| | <input type="checkbox"/> 11. Berita Acara Serah Terima Kendaraan jika diperlukan (untuk nasabah Asuransi Jiwa Kredit) |

Catatan:
 * Penanggung berhak meminta dokumen pendukung lainnya yang diperlukan oleh Penanggung kepada Pemegang Polis atau Penerima Manfaat 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 AHLI WARIS/PENERIMA MANFAAT

Yang bertandatangan di bawah ini

Nama Lengkap Ahli Waris/Penerima Manfaat

No. KTP/SIM/Paspor (Fotokopi dilampirkan)

Hubungan dengan Tertanggung Anak Istri Suami Lain-lain: _____

Tempat/Tanggal Lahir / - -

Jenis Kelamin Pria Wanita Kewarganegaraan: WNI WNA _____
(Sebutkan Nama Negara)

Alamat Korespondensi (apabila berbeda dengan KTP)

Kota Kode Pos

No. Telepon
 Rumah -
 Kantor -
 Handphone -

Alamat E-mail

MENERANGKAN DENGAN SEBENARNYA, BAHWA

Nama Produk Asuransi

Nomor Polis

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 _____

Apakah sebelum meninggal, Tertanggung mendapatkan Perawatan di Rumah Sakit/Dokter?

Tidak Ya, Mohon lengkapi tabel berikut :

Nama Dokter/ Rumah Sakit	Alamat	Tanggal Berobat	Diagnosa	Diderita Sejak Kapan

Apakah Tertanggung menderita Penyakit lain sebelumnya?

Tidak Ya, Mohon lengkapi tabel berikut :

Nama Dokter/ Rumah Sakit	Alamat	Tanggal Berobat	Diagnosa	Diderita Sejak Kapan

BAGIAN II : PERNYATAAN KEDUDUKAN WAJIB PAJAK INDIVIDU (UNTUK DILENGKAPI OLEH AHLI WARIS/ PENERIMA MANFAAT)

A. Apakah Ahli Waris/Penerima Manfaat adalah wajib pajak¹⁾ di negara/yurisdiksi di luar Indonesia?

A1. Ya A2. Tidak A3. Tidak, dengan keterangan

A1. Jika Ya, mohon lengkapi pertanyaan huruf B.

A2. Jika Tidak, lanjutkan ke Bagian III: SURAT KETERANGAN DOKTER.

A3. Jika Tidak tetapi Ahli Waris/Penerima Manfaat memiliki informasi sebagai berikut:

- Identitas sebagai penduduk di negara/yurisdiksi di luar Indonesia
- Kewarganegaraan di negara/yurisdiksi di luar Indonesia
- Alamat terkini di negara/yurisdiksi di luar Indonesia
- Nomor telepon di negara/yurisdiksi di luar Indonesia
- Rekening di negara/yurisdiksi di luar Indonesia

Mohon memberikan penjelasan alasan Ahli Waris/Penerima Manfaat memenuhi salah satu atau lebih huruf a - e di atas, namun bukan merupakan wajib pajak¹⁾ di negara/yurisdiksi di luar Indonesia, pada kolom yang disediakan di bawah ini.

B. Deklarasi CRS atas Domisili Wajib Pajak¹⁾

Mohon lengkapi tabel di bawah ini untuk menunjukkan (i) di mana negara tempat kedudukan perpajakan Ahli Waris/Penerima Manfaat dan (ii) NPWP (Nomor Pokok Wajib Pajak) atau TIN (*Taxpayer Identification Number*) Ahli Waris/Penerima Manfaat untuk setiap negara yang dicantumkan. Jika Ahli Waris/Penerima Manfaat merupakan wajib pajak¹⁾ di lebih dari 3 negara, mohon untuk menggunakan lembar terpisah. Jika NPWP/TIN tidak tersedia mohon memberikan alasan memadai **A, B atau C sebagaimana tercantum di bawah ini**:

- Alasan A** - Negara di mana Ahli Waris/Penerima Manfaat memiliki kewajiban untuk membayar pajak, tidak menerbitkan NPWP/TIN kepada penduduk.
- Alasan B** - Ahli Waris tidak bisa memperoleh NPWP/TIN (jika Anda memilih alasan ini, mohon mencantumkan alasan tidak dapat memperoleh NPWP/TIN pada tabel dan kolom di bawah ini).
- Alasan C** - NPWP/TIN tidak diperlukan (catatan: alasan ini hanya boleh dipilih jika pihak otoritas dari negara wajib pajak¹⁾ yang disebutkan tidak memberitahukan NPWP/TIN).

Nama Ahli Waris	Negara Wajib Pajak ¹⁾	NPWP/TIN	Bila tidak ada NPWP/TIN, sebutkan alasan A, B, atau C

Jika Anda memilih alasan B di atas, mohon jelaskan pada kolom di bawah ini mengapa Anda tidak bisa memperoleh NPWP/TIN.

1.	
2.	
3.	

C. Pernyataan Deklarasi CRS atas Domisili Wajib Pajak¹⁾

Dengan menandatangani pernyataan di bawah ini dan/atau melengkapi atau mengajukan formulir ini, Saya sebagai Ahli Waris/Penerima Manfaat setuju bahwa:

1. Saya menyetujui penggunaan informasi yang diberikan kepada "PT Asuransi Cigna ("Cigna")" dan Saya akan memberikan kepada Cigna informasi yang Cigna minta dari waktu ke waktu dan mengizinkan Cigna untuk memberikan informasi tersebut kepada pihak berwenang lokal dan asing untuk memenuhi peraturan persyaratan hukum.
2. Saya dengan ini melepaskan hak-hak yang mungkin Saya miliki yang akan dapat mencegah Cigna untuk memenuhi ketentuan hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku di atas.
3. Saya menyatakan di mana Saya menyediakan informasi mengenai orang lain, bahwa Saya akan, dalam 30 hari kalender sejak menandatangani formulir ini, akan memberitahukan orang yang Saya berikan informasinya kepada Cigna dan informasi tersebut dapat diberikan kepada otoritas pajak Indonesia untuk dapat disampaikan kepada otoritas pajak negara selain Indonesia sesuai dengan perjanjian antara negara dalam hal pertukaran informasi rekening keuangan.

1) Masing-masing yurisdiksi memiliki aturan tersendiri dalam menentukan domisili wajib pajak. Pada umumnya domisili wajib pajak adalah negara dimana tempat Anda tinggal. Kondisi tertentu (seperti sekolah di luar negeri, bekerja di luar negeri, atau perjalanan yang diperpanjang) dapat menyebabkan Anda menjadi wajib pajak negara lain atau menjadi wajib pajak di lebih dari satu Negara pada waktu yang bersamaan (wajib pajak berganda). Negara/negara-negara di mana Anda membayar pajak penghasilan mungkin menjadi Negara/Negara-negara domisili wajib pajak Anda. Untuk informasi lebih lanjut terkait domisili wajib pajak, mohon berkonsultasi dengan konsultan pajak Anda.

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"/>

PERNYATAAN AHLI WARIS ATAU PENERIMA MANFAAT

Saya, sebagai Ahli Waris atau Penerima Manfaat menyatakan setuju bahwa:

1. Semua keterangan yang diberikan di dalam Formulir ini adalah benar telah Saya tuliskan dan tidak ada keterangan maupun hal-hal lainnya yang Saya sembunyikan.
2. Akibat hukum dan/atau kerugian yang timbul karena ditandatanganinya Formulir ini dalam keadaan kosong atau belum terisi lengkap menjadi tanggung jawab Saya sebagai Ahli Waris atau Penerima Manfaat.
3. Dengan telah diterimanya pembayaran Manfaat Asuransi oleh Ahli Waris atau Penerima Manfaat dalam hal klaim telah disetujui oleh Penanggung, maka Ahli Waris atau Penerima Manfaat menyatakan bahwa seluruh tanggung jawab Penanggung yang terkait dengan Polis telah selesai dilaksanakan dan Polis otomatis berakhir sesuai dengan Polis.
4. Segala dokumen kelengkapan persyaratan Klaim menjadi hak Penanggung sejak diserahkan kepada Penanggung untuk pengajuan Klaim ini.

Ditandatangani di:

/ /
tanggal bulan tahun

Ahli Waris/Penerima Manfaat

Kapasitas:

Catatan: Jika Anda bukan Ahli Waris/Penerima Manfaat, mohon cantumkan kapasitas Anda dalam menandatangani formulir ini. Jika menandatangani berdasarkan surat kuasa, harap lampirkan salinan asli dari surat kuasa.

(Nama Jelas & Tanda Tangan)

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

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

<p>Apakah sebab meninggal dunia pasien/ Tertanggung berhubungan secara langsung dan utama dari Kecelakaan? <i>(Was the cause of death directly and mainly related to the Accident?)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Tidak (<i>No</i>) <input type="checkbox"/> Ya (<i>Yes</i>), Mohon penjelasan lebih lanjut (<i>please specify</i>)</p>
<p>Apakah pasien/Tertanggung 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>	<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> <p>> Tanggal Kecelakaan (<i>Accident date</i>) : <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;"><small>Tanggal/Date 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 Body Injury</i>) : _____</p>
<p>Apakah dilakukan Pemeriksaan Luar Jenazah atau dilakukan otopsi? <i>(Was there any post mortem external inspection or Autopsy made?)</i></p>	<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> <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/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).

<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>
--	---

PT Asuransi Cigna terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK)

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**. Surat Kuasa ini berlaku sama kuatnya dan sah seperti aslinya.

Ditandatangani di:

/ /
tanggal bulan tahun

Meterai Rp 6.000

(_____)
Tanda tangan dan Nama Jelas yang memberikan Kuasa