

FORMULIR KLAIM

Asuransi Ketidakmampuan Sementara/Tetap

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

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Formulir Klaim Asuransi Ketidakmampuan Sementara/Tetap Cigna Bagian I, yang telah diisi lengkap dan ditandatangani oleh Pemegang Polis; | <input type="checkbox"/> Fotokopi Legalisir sesuai Kartu Pemegang Polis/Tertanggung dan Ahli Waris |
| <input type="checkbox"/> Formulir Klaim Cigna Bagian II (Surat Keterangan Dokter) yang telah diisi dan ditandatangani oleh Dokter yang merawat, serta distempel Rumah Sakit; | <input type="checkbox"/> Fotokopi Legalisir sesuai Asli Surat Keterangan Kepolisian (apabila klaim akibat kecelakaan lalu lintas/tindakan kriminal); |
| <input type="checkbox"/> Fotokopi Legalisir sesuai Asli Kartu Tanda Penduduk Pemegang Polis/Tertanggung dan Ahli Waris; | <input type="checkbox"/> Sertifikat Asuransi atau Polis Asuransi dan Data Polis dari Tertanggung |

BAGIAN I : UNTUK DILENGKAPI OLEH PEMEGANG POLIS/TERTANGGUNG

Nomor Polis/ Nama Program Asuransi	<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 Ahli Waris/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 _____

KETERANGAN PENTING LAINNYA

Apakah Tertanggung memiliki Polis di Perusahaan Asuransi Lain? Ya Tidak

Nama Perusahaan Asuransi No Polis	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nama Rumah Sakit yang merawat saat ini Nomor Rekam Medis	<input type="text"/> <input type="text"/>
Keterangan Pekerjaan Sebelum Cacat/Ketidakmampuan: > Sudah berapa lama bekerja : > Jelaskan secara detail Pekerjaan yang dilakukan <i>Catatan: Jika tidak bekerja, jelaskan aktifitas sebelum terjadinya cacat/ ketidakmampuan</i>	<input type="text"/> tahun <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Ketidakmampuan 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) _____ _____																				
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	_____ _____																				
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>Diagnosa</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	Diagnosa	Diderita Sejak Kapan																
Nama Dokter/ Rumah Sakit	Alamat	Tanggal Berobat	Diagnosa	Diderita Sejak Kapan																	

APABILA KLAIM DISETUJUI, MAKA PEMBAYARAN AKAN DITRANSFER KE:

Nama Pemilik Rekening

Bank dan Cabang

Nomor Rekening

Ditandatangani di: Tanggal / /
 tanggal bulan tahun

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

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

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

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

Apakah Anda Dokter Pribadi Tertanggung atau Dokter di mana Tertanggung biasa berkonsultasi/berobat? (*Are you the attending doctor?*)

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 (<i>Name of Doctor/Hospital</i>)	Alamat (<i>Address</i>)	Tanggal Berobat (<i>Treatment Date</i>)	Diagnosa (<i>Diagnosis</i>)	Diderita Sejak Kapan (<i>On Set of Condition</i>)

Apakah Pasien 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*)

- -
Hari/Day Bulan/Month Tahun/Year

Keluhan Utama dan diagnosa (*Major Symptoms and Diagnosis*)

D/

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

<p>Apakah kondisi Pasien saat ini memungkinkan ia melakukan pekerjaan atau profesi yang biasa ia lakukan untuk mendapatkan penghasilan atau gaji? <i>(Is the current condition allows the patient to perform his/her daily activities or to earn the living)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Ya (Yes) <input type="checkbox"/> Tidak (No), Mohon penjelasan lebih lanjut <i>(please specify)</i></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>Apakah Penyakit saat ini berhubungan dengan <i>(Is this current condition related to the followings)</i> :</p>	<p><input type="checkbox"/> Penyakit Bawaan atau kelainan sejak lahir <i>(Congenital related disorders)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Kehamilan, Kelahiran, atau Keguguran dan Komplikasi yang terjadi sebagai akibatnya <i>(Pregnancy, Child Birth, or miscarriage and it's complication)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Penyalahgunaan Alkohol atau obat-obat terlarang <i>(Drugs and alcohol abuse)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Berhubungan dengan HIV/AIDS <i>(HIV/AIDS related)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Penyebab/Penyakit lainnya, mohon jelaskan <i>(others, please specify)</i></p> <hr/> <hr/>

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 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 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>	<hr/> <p>Nama Dokter, tanda tangan dan stempel <i>(Full name and signature with hospital/ doctor's stamp)</i></p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

SURAT KUASA

Pembukaan dan Pelepasan Informasi Medis

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : _____

Alamat (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 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 Deklarasi dan Otorisasi ini berlaku sama kuatnya dan sah seperti aslinya.

Ditandatangani di:

Tanggal / /
tanggal bulan tahun

Materai Rp 6.000

(_____)
Tanda tangan dan Nama Jelas yang memberikan Kuasa