

A. DATA PENGAJUAN KLAIM

Jenis Klaim: Meninggal dunia Penyakit kritis Cacat total Waiver

Saya sebagai Pemegang Polis/Tertanggung/Penerima Manfaat/Ahli Waris yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama:
Kartu Identitas: <input type="checkbox"/> KTP <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Paspor <input type="checkbox"/> Lainnya, :
Jenis Kelamin: <input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Alamat:
Kota: Kode Pos:
Telepon rumah:
Handphone:
Hubungan dengan tertanggung/peserta:
Email:
Pekerjaan:
Jabatan: <input type="checkbox"/> Staff <input type="checkbox"/> Supervisor <input type="checkbox"/> Manager <input type="checkbox"/> Kepala Divisi <input type="checkbox"/> Pemilik <input type="checkbox"/> Direktur <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:
Bidang usaha:
Apakah Penerima manfaat merupakan pejabat pemerintah atau pengurus partai politik atau orang terekspos politik (PEP): <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Jika ya, mohon sebutkan nama dan jabatan :
Data rekening* (apabila klaim disetujui): _____ Nama pemilik rekening: _____ Nama bank: _____ Nomor rekening: _____ <small>*Pemegang Polis/Penerima Manfaat/Ahli Waris</small>

Note : Pembayaran manfaat claim hanya dapat dibayarkan ke Pemegang Polis/Penerima Manfaat/Ahli Waris sesuai ketentuan Polis yang berlaku.

Mengajukan klaim peserta Asuransi Jiwa PT Chubb Life Insurance Indonesia dengan data sebagai berikut :

Nama Tertanggung/Peserta:
Kartu Identitas: <input type="checkbox"/> KTP <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Paspor <input type="checkbox"/> Lainnya, :
Nomor Kartu Identitas:
Nomor Polis: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
No Induk Karyawan jika peserta termasuk dalam GTL:

B. PENYEBAB TERJADINYA KLAIM

<input type="checkbox"/> KLAIM MENINGGAL DUNIA Tempat meninggal: Tanggal meninggal: __/__/__ (dd/mm/yy) Penyebab meninggal dunia: Kronologis meninggal dunia:
<input type="checkbox"/> KLAIM CACAT TOTAL Penyebab: <input type="checkbox"/> Penyakit , Tanggal diagnosa : __/__/__ (dd/mm/yy) <input type="checkbox"/> Kecelakaan , Tanggal kecelakaan : __/__/__ (dd/mm/yy) Gambaran singkat dan jelas mengenai kejadian/gejalanya:
<input type="checkbox"/> KLAIM PENYAKIT KRITIS Tanggal diagnosa : __/__/__ (dd/mm/yy) Penyebab : Gambaran singkat dan jelas mengenai kejadian/gejalanya:

Apakah sebelum meninggal, Tertanggung mendapatkan perawatan di RS/Dokter?

Tidak Mohon melengkapi tabel dibawah ini:

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

Apakah Tertanggung menderita penyakit lain sebelumnya?

Tidak Mohon melengkapi tabel dibawah ini:

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

Apakah Tertanggung diasuransikan di perusahaan asuransi lain?

Tidak Mohon melengkapi tabel dibawah ini:

Nama Perusahaan	Nomor Polis	Uang Pertanggungan

PERNYATAAN PIHAK YANG MENGAJUKAN KLAIM

Saya, sebagai 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 seluruh tanggung jawab Penanggung yang terkait dengan Polis telah selesai dilaksanakan dan Polis otomatis berakhir sesuai dengan ketentuan Polis.
4. Apabila keterangan dan pernyataan yang diberikan tidak benar, atau tidak sesuai dengan keadaan yang sebenarnya, maka Penanggung dapat melakukan tindakan hukum yang diperlukan sesuai dengan ketentuan Polis dan Peraturan Perundangan yang berlaku.
5. Segala dokumen kelengkapan persyaratan Klaim menjadi hak Penanggung sejak diserahkan kepada Penanggung untuk pengajuan Klaim ini.

- a. Sehubungan dengan adanya pengajuan klaim ini, maka saya memberikan kuasa kepada PT Chubb Life Insurance Indoneisa untuk memperoleh/mempertanyakan/mengetahui dari rumah sakit/klink/dokter/pihak lain yang mempunyai catatan/informasi mengenai keadaan/riwayat kesehatan/pengobatan/perawatan rumah sakit/keterangan lain mengenai diri saya.
- b. Keterangan yang saya berikan dalam Formulir Pengajuan Klaim ini saya buat dengan sebenar-benarnya untuk selanjutnya diserahkan kepada PT Chubb Life Insurance Indonesia, untuk memenuhi ketentuan dan persyaratan yang diperlukan untuk penyelesaian klaim.

Ditandatangani di _____, tanggal _____ 20__

_____ Nama

INFORMASI KESEHATAN

Isilah pertanyaan-pertanyaan di bawah ini dengan lengkap dan benar. Diperbolehkan menggunakan lembaran kertas lain apabila lembaran ini tidak cukup. Wajib diisi oleh dokter.

Mohon diperhatikan bahwa apabila fakta yang dituliskan tidak lengkap dan benar, maka pertanggung jawaban asuransi ini dapat dinyatakan batal.

Nama Dokter: _____ dokter umum dokter spesialis

Alamat praktek/klinik/RS: _____

Menerangkan Bahwa:

Nama Pasien meninggal:	Tempat dan Tanggal meninggal:
DOB:	No RM:
Jenis Kelamin: <input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan	Hubungan dengan pasien/tertanggung/pemegang polis:
Alamat :	<input type="checkbox"/> Sendiri <input type="checkbox"/> Suami/Istri <input type="checkbox"/> Anak

Apakah Almarhum sebelum meninggal dirawat? Ya, dirawat sejak tgl : __/__/__(dd/mm/yy) Tidak

Diagnosa medis :

Sebab utama meninggal / *cause of death*:

Diakibatkan secara langsung oleh cedera tubuh karena Kecelakaan, mohon jelaskan secara terperinci bila ada kelainan/cedera tubuh yang ditemukan:

Penyakit, mohon jelaskan komplikasi apa saja yang ditemukan:

Apakah penyakit saat ini berhubungan dengan:

Penyakit Bawaan atau kelainan sejak lahir.

Kehamilan, Kelahiran, atau Keguguran dan komplikasi yang terjadi sebagai akibatnya.

Penyalahgunaan Alkohol atau Penggunaan obat-obat terlarang.

Berhubungan dengan HIV/AIDS.

Bunuh diri.

Tindakan melawan hukum/dihukum mati .

Penyebab/penyakit lainnya, sebutkan:

Kapan pertama kali TS melakukan pemeriksaan medis pada almarhum?

Bagaimana perkembangan penyakit selama dirawat sampai almarhum meninggal?

Apakah almarhum menderita penyakit lainnya selama dalam perawatan? Tidak Ya, mohon disebutkan :

Hasil pemeriksaan penunjang yang dilakukan:

Riwayat penyakit/diagnosis dan kunjungan berobat sebelumnya:

Nama Dokter/Rumah Sakit	Alamat	Tanggal Berobat	Diagnosis

Apakah kondisi saat ini merupakan kelanjutan/komplikasi/berhubungan dengan penyakit yang pernah diderita sebelumnya?

Tidak Ya, mohon disebutkan :

Demikian keterangan dalam formulir Klaim Meninggal ini saya berikan sesuai dengan keadaan sebenarnya.

Note: Jawaban TS harap disampaikan secara rahasia dengan menggunakan sampul tertutup, dan dialamatkan kepada PT Chubb Life Insurance Indonesia.

Ditandatangani di _____, tanggal _____ 20__

Nama, Tanda tangan & Stempel Dokter/Rumah Sakit

PERNYATAAN PERSETUJUAN
(Consent Statement)

- Pernyataan Persetujuan ini harus ditandatangani oleh Pasien yang mendapatkan pemeriksaan dan/atau mendapatkan perawatan./
This Consent Statement must be signed by the respective examined and/or treated Patient.
- Bertanggung jawab adalah Orang yang namanya tertera dalam Data Polis dan atas dirinya diadakan pertanggungan, dalam hal ini Bertanggung jawab adalah Pasien./ *Insured is a Person whose name is stipulated in the Policy Data and on whom the insurance coverage is made in this matter Insured is Patient.*
- Bila Pasien meninggal dunia maka yang menandatangani Pernyataan Persetujuan ini adalah salah satu penerima manfaat dari Pasien./
If the Patient passed away, therefore one of Patient's beneficiaries shall sign this Consent Statement.
- Bila Pasien belum dewasa secara hukum maka yang menandatangani Pernyataan Persetujuan ini adalah salah satu orang tua dari Pasien./
If the Patient is under aged by law, therefore one of Patient's parents shall sign this Consent Statement.

Sehubungan dengan catatan/Keterangan Medis terhadap/Pursuant to the record/Medical information of:

Nama Pasien/Patient Name : _____
 Alias/Alias : _____
 Alamat/Address : _____
 No. KTP/ID Number : _____ No. Passport / Passport ID: _____

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya/ I, the undersigned:

Bertindak sebagai/Acting as: * Pasien/Patient Orang Tua/Parent Penerima Manfaat/Beneficiary

*(Jika yang bertandatangan adalah Pasien maka informasi di bawah ini tidak perlu diisi./
If Patient is the undersigned, the following information shall remain blank).

Nama/Name : _____
 Alamat/Address : _____
 No. KTP/ID Number : _____

Dengan ini saya menyatakan bahwa I state that:

1. Saya memberikan persetujuan kepada dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, perusahaan asuransi, badan hukum, institusi, perorangan atau organisasi lainnya, yang mempunyai catatan dan/atau keterangan Medis atau mengetahui keadaan/kesehatan saya dan memberikan catatan dan/atau keterangan Medis tersebut kepada PT Chubb Life Insurance Indonesia dan/atau pihak lain yang ditunjuk oleh PT Chubb Life Insurance Indonesiasehubungan dengan pengajuan klaim yang sedang diajukan./
I give approval to the doctors, hospitals, clinics, public health services, insurance companies, legal entities, institute, individuals or other organizations, that are possessing record and/or Medical information or knowing the existence of my condition/health and shall provide the records and/or Medical information to PT Chubb Life Insurance Indonesia and or other parties designated by PT Chubb Life Insurance Indonesia in relation to the submitted claim process.
2. Memberikan Kuasa kepada PT Chubb Life Insurance Indonesia dan/atau pihak-pihak lain yang ditunjuk oleh PT Chubb Life Insurance Indonesia untuk mendapatkan segala sesuatu tentang catatan dan/atau keterangan Medis dari dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, perusahaan asuransi, badan hukum, institusi, perorangan atau organisasi lainnya./
I give authority to PT Chubb Life Insurance Indonesia and/or other parties designated by PT Chubb Life Insurance Indonesia to gather all records and/or Medical information from doctors, hospitals, clinics, public health services, insurance companies, legal entities, institution, individuals or other organizations.
3. Membebaskan PT Chubb Life Insurance Indonesia dan/atau dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, perusahaan asuransi, badan hukum, institusi, perorangan atau organisasi lainnya dari segala tuntutan hukum sehubungan dengan pemberian catatan dan/atau keterangan Medis tersebut./
I waive PT Chubb Life Insurance Indonesia and/or doctors, hospitals, clinics, public health services, insurance companies, legal entities, institute, individuals or other organizations from all lawsuits relating to transfer the records and/or Medical information.

Demikian surat Pernyataan Persetujuan ini dibuat dengan sebenar-benar dan salinan (fotokopi) dari Pernyataan Persetujuan ini sah, berlaku dan mempunyai kekuatan hukum yang sama seperti aslinya, dengan ketentuan dalam salinan tersebut terdapat cap dan paraf dari Departemen PT Chubb Life Insurance Indonesia./
This Consent Statement is truly made and the copy of this Consent Statement is valid, enforceable and has the same legal power as the original, with the conditions that such copy of Consent Statement is signed and stamped by Claim Department PT Chubb Life Insurance Indonesia.

Tempat & Tanggal _____, _____ / _____ / _____
Place & Date

Pemberi Pernyataan/The Principal

Materai Rp. 6.000

Tandatangan & Nama/Signature & Name