

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 | <input type="text"/> |
| No Polis | <input type="text"/> |
| Nama Rumah Sakit yang merawat saat ini | <input type="text"/> |
| Nomor Rekam Medis | <input type="text"/> |
| Keterangan Pekerjaan Sebelum Cacat/Ketidakmampuan: > Sudah berapa lama bekerja : <input type="text"/> tahun > Jelaskan secara detail Pekerjaan yang dilakukan | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| <i>Catatan: Jika tidak bekerja, jelaskan aktifitas sebelum terjadinya cacat/ ketidakmampuan</i> | |
| 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"/> (tgl-bln-thn) _____ _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|----------------------|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Tanggal dimulainya tidak masuk bekerja: | <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"/> (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 | <input type="text"/> |
| Bank dan Cabang | <input type="text"/> |
| Nomor Rekening | <input type="text"/> |
| Ditandatangani di: | <input type="text"/> Tanggal <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> 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 Rp10.000 oleh Pemegang Polis.

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| <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> <p>_____</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 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></p> | <p>_____</p> | <p>_____</p> <p>Nama Dokter, tanda tangan dan stempel <i>(Full name and signature with hospital/ doctor's stamp)</i></p> |
| <p>Alamat Rumah Sakit <i>(Hospital's address)</i></p> | <p>_____</p> | |
| <p>No. Telepon <i>(Telephone)</i></p> | <p>_____ - _____</p> | |
| <p>Tempat dan Tanggal <i>(Place and Date)</i></p> | <p>_____ / _____ - _____ - _____</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 10.000

(_____)
Tanda tangan dan Nama Jelas yang memberikan Kuasa