

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 : <input type="text"/> tahun > Jelaskan secara detail Pekerjaan yang dilakukan <i>Catatan: Jika tidak bekerja, jelaskan aktifitas sebelum terjadinya cacat/ ketidakmampuan</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
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

(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.

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

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

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

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/Ketidakmampuan 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"/>

<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