

FORMULIR KLAIM MENINGGAL DUNIA
CLAIM FORM FOR DEATH



MOHON PERHATIAN

UNTUK KELANCARAN PROSES KLAIM ANDA, PASTIKAN DOKUMEN-DOKUMEN BERIKUT INI SUDAH LENGKAP DAN SESUAI KETENTUAN POLIS SEBELUM ANDA MENGIRIMKANNYA KEPADA KAMI.

DOKUMEN YANG WAJIB DISERAHKAN UNTUK PENGAJUAN KLAIM MENINGGAL DUNIA
(Documents should be submitted for Death Claim)

Mohon isi kotak Ya dengan tanda (√) sesuai dengan dokumen yang Anda serahkan
Please marked the Yes box with (√) as indicated by documents submitted

- | | | | Ya/Yes | |
|-----|---|--|--|--------------------------|
| 1. | Formulir klaim asli yang telah diisi lengkap dan ditandatangani oleh Ahli Waris;
<i>The original Claim Form has completely filled and signed by Beneficiary;</i> | | <input type="checkbox"/> | |
| 2. | Formulir Klaim Asli (Bagian 2) yang diisi dan ditandatangani oleh Dokter yang merawat, serta distempel Dokter/ Rumah Sakit;
<i>Original of Claim Form (Section 2) has completely filled and signed by attending physician and sealed by attending physician or hospital;</i> | | <input type="checkbox"/> | |
| 3. | Asli atau fotokopi legalisir Akta Kematian dari Dinas Pencatatan Sipil;
<i>Original or certified copy of Death Certificate issued by Dinas Pencatatan Sipil;</i> | <input type="checkbox"/> Asli Original | <input type="checkbox"/> Fotokopi legalisir Certified Copy | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Asli atau fotokopi legalisir Surat Keterangan Kematian dari Rumah Sakit;
<i>Original or certified copy of Death Certificate issued by Hospital;</i> | <input type="checkbox"/> Asli Original | <input type="checkbox"/> Fotokopi legalisir Certified Copy | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Asli atau Fotokopi legalisir Surat Keterangan Kepolisian (apabila klaim akibat kecelakaan lalu lintas/tindak kriminal/kematian tidak wajar/kematian di rumah atau di luar Rumah Sakit);
<i>Original or certified copy of Police Certificate (for claim on traffic accident/caused by a criminal action/unnatural death/death not in hospital);</i> | <input type="checkbox"/> Asli Original | <input type="checkbox"/> Fotokopi legalisir Certified Copy | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Surat Kronologis asli yang dibuat dan ditandatangani oleh Ahli Waris (apabila klaim akibat kecelakaan lalu lintas/tindak kriminal/kematian tidak wajar);
<i>Original Chronologic Letter prepared and signed by Beneficiary (for claim on traffic accident/caused by a criminal action/unnatural death);</i> | | | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Surat Kuasa Penunjukkan Ahli Waris (dalam hal pengurusan klaim);
<i>Power of Attorney appointing an Heir/Beneficiary (to file a claim);</i> | | | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Fotokopi KTP Pemegang Polis/Tertanggung dan Ahli Waris;
<i>Certified copy of Policy Holder & Insured and Beneficiary's ID;</i> | | | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Fotokopi legalisir Kartu Keluarga;
<i>Certified copy of Family Card;</i> | | | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Sertifikat Asuransi atau Polis Asuransi dan Data Polis dari Tertanggung;
<i>Insurance Certificate or Insurance Policy and Policy Data of the Insured;</i> | | | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Tabel Perhitungan Saldo Pinjaman/Tabel Penurunan Pinjaman (untuk program Asuransi Jiwa Kredit);
<i>Computation Table of Loan Balance Table of Decreasing Loan Balance (for Credit Life Insurance Program);</i> | | | <input type="checkbox"/> |
| 12. | Lembar Penagihan (untuk program Asuransi Revolving Credit/Credit Shield).
<i>Billing Statement (For Revolving Credit/Credit Shield Insurance Program).</i> | | | <input type="checkbox"/> |

DOKUMEN TAMBAHAN

Dokumen Pendukung Lainnya (Others supporting document) *)
Mohon sebutkan (please stated)

*) Dokumen lain sebagaimana diperlukan PT Asuransi CIGNA (Penanggung) apabila Klaim yang diajukan memerlukan klarifikasi dan/atau informasi lebih lanjut
(Others document required by PT Asuransi CIGNA (Insurer) should need further clarification)

Pengiriman dokumen berupa fax, fotokopi yang bukan legalisir ataupun dokumen yang tidak lengkap **TIDAK AKAN DIPROSES** sampai Penanggung menerima dokumen asli/fotokopi legalisir sesuai dengan ketentuan yang ada di dalam polis.
Submission of faxed documents, uncertified copy of or incomplete documents **WILL NOT BE PROCESSED** awaiting the insurer receives the original or certified copy of documents in accordance with the provisions in the policy.

PROSEDUR PENGAJUAN KLAIM MENINGGAL DUNIA

1. Pastikan perlindungan atas diri TERTANGGUNG dalam keadaan aktif dan premi sudah dibayar pada saat AHLI WARIS mengajukan klaim.
Make sure insurance on the INSURED is still active and premium paid at time the BENEFICIARY files the claim.
2. Pastikan klaim yang diajukan sudah sesuai dengan manfaat asuransi yang dimiliki oleh Tertanggung dan tidak termasuk pengecualian yang tercantum di dalam Polis.
Make sure the claim event is in accordance to benefit stated in the Insured's Policy and is not included in the Exclusions of Policy.
3. Ikuti petunjuk klaim sebagaimana tertera dalam polis anda.
Follow directions for claim as stated in the policy.
4. Isi Formulir klaim meninggal dunia dengan seksama. Jawab semua pertanyaan yang ada.
Fill in the Death Claim Form thoroughly. Answer all questions.
5. Mintalah dokter yang merawat TERTANGGUNG untuk melengkapi Bagian 2 dari formulir klaim dan mengisi formulir dengan lengkap, jelas dan benar.
Ask the physician treating the INSURED to complete Section 2 of this Claim Form properly, clearly and truthfully.
6. Kembalikan formulir klaim anda dalam waktu yang telah ditentukan di dalam polis anda yaitu selambat-lambatnya 30 (tiga puluh) hari sejak peristiwa yang dipertanggungjawabkan terjadi.
Please submit your claim form within the period specified in your policy, i.e. not later than 30 (thirty) days after date of occurrence of the insured peril.

Catatan : Mohon diperhatikan untuk pengisian Formulir Klaim Meninggal Dunia

Notes : Please notice the following when filling out Claim Form for Death

- Harap mengisi dengan lengkap dan menggunakan HURUF CETAK.
Please complete this form in BLOCK LETTERS.
- Apabila kolom yang tersedia tidak mencukupi, anda dapat menulis pada lembar tambahan dengan mencatat nomor kolom yang sesuai dan melampirkannya bersama dengan formulir ini.
If the space provided is not enough, you may write on additional sheet, putting the reference number of the column and attach it with this form.

1. BAGIAN UNTUK DILENGKAPI OLEH AHLI WARIS
This Section to be Completed by the Beneficiary

Pemegang Polis
(Policyholder's name)

Nama Tertanggung
(Insured's name)

No Polis / Nama Program Asuransi
(Policy No./Insurance Program)

Nama RS
(Hospital's name)

No Rekam Medis :
(Medical Record Number)

No. Rekening atau Kartu Kredit dimana Premi dibebankan
(Card no. or account in which premium was charged)

Tanggal Lahir (tgl / bln / thn)
(date of birth) (dd / mm / yy)

Jenis Kelamin (sex) [] Laki-laki (Male)
[] Perempuan (Female)

Alamat sesuai KTP
(Formal Address)

Pekerjaan Tertanggung
(Insured's Occupation)

MOHON DIISI UNTUK KEMUDAHAN DALAM BERKOMUNIKASI
Please complete for ease of communication

Alamat Korespondensi perihal klaim ini, apabila alamat berbeda
(Correspondence address regarding this claim if above address is different)

No Telpn
(Phone No.)

Hand Phone
Rumah (Home)
Kantor (Office)
Fax (facsimile)
E-mail

Nama Ahli Waris yang mengajukan Klaim
Name of Beneficiary who files the claim

Hubungan dengan Pemegang Polis / Tertanggung
Please state the relation to Policy Holder / Insured

a Tanggal meninggal?
Date of death?

a. / / (tgl / bln / thn) Jam
(dd / mm / yy) (Time)

b Menurut Dokter, apakah penyakit penyebab Tertanggung meninggal?
What is the cause of death, according to the physician?

b.

c Apakah sebelum meninggal, Tertanggung mendapatkan perawatan di RS / dokter? Jika "YA", mohon jelaskan tanggal perawatan, Nama RS / tempat perawatan dan nama dokter.
Before his death did the insured receive hospital treatment / or treatment by the physician? If yes, please give details on date of treatment, name of hospital and physician

c [] YA - Yes [] TIDAK - No
Jika YA, mohon cantumkan / / (tgl / bln / thn)
If Yes, please state (dd / mm / yy)

d Sejak kapan Tertanggung menderita penyakit tersebut?
Since when has the insured suffered from the sickness?

d. / / (tgl / bln / thn)
(dd / mm / yy)

e Apakah Tertanggung menderita penyakit lainnya? Jika "YA" mohon sebutkan dan jelaskan sejak kapan menderita penyakit tersebut.
Did the insured also suffer from other sickness? If YES, please state since when

e [] YA - Yes [] TIDAK - No
Jika YA, mohon cantumkan: (1) / / (tgl / bln / thn)
If Yes, please state: (2) / / (dd / mm / yy)
(3) / /

f. Sebelum meninggal, dimanakah Tertanggung biasa berobat ke Dokter / RS / klinik lainnya baik rawat inap maupun berobat jalan? Mohon sebutkan Nama Dokter, Alamat praktek dan nomor telepon.
Before his death, where did the insured get treatment, either from other physician / hospital / clinic as in-patient as well as out-patient? Please state name, address and telephone number.

f. (1)
(2)
(3)

Jika Tertanggung mengalami kecelakaan sebelum meninggal :

g Lokasi / tempat dan tanggal kejadian kecelakaan.
Location / site and date of accident.

g. / / (tgl / bln / thn)
(dd / mm / yy)

h Bagaimana terjadinya kecelakaan?
How did the accident occur?

h.

i Setelah kejadian, dimanakah Tertanggung ditangani?
After the accident, where did the insured get treatment?

i.

Deklarasi dan Otorisasi :

Dengan ini saya menyatakan bahwa keterangan di atas adalah yang sebenarnya-benarnya dan selengkap-lengkapinya menurut sepengetahuan dan kepercayaan saya. Dengan ini pula saya menyetujui kuasa penuh kepada setiap dokter, Rumah Sakit, Klinik, Perusahaan Asuransi, Organisasi, instansi atau individu lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan dan kesehatan Tertanggung untuk memberitahukan kepada PT Asuransi CIGNA atau pihak lain yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan Tertanggung termasuk dari pernyataan ini serta surat dan lainnya seperti adanya.

Tanggal (Date)

/ / (tgl / bln / thn) (dd / mm / yy)

Declaration and Authorization:

I hereby declare that the above information is true and complete to the best of my knowledge and belief. I hereby grant full authority to every physician, hospital, clinic, insurance company, agency, institution or other individuals who have records or have knowledge of insured's health condition to inform PT Asuransi CIGNA or another party authorized by it, all particulars concerning the insured and insured's health condition. Copies of this statement are equally legal and valid as the original.

Tanda tangan dan nama jelas
Signature and full name

2. BAGIAN UNTUK DILENGKAPI OLEH DOKTER YANG MERAWAT
This Section to be Completed by the Attending physician

1 a Nama Dokter yang merawat
Name of attending physician

b Rumah Sakit / Poliklinik /
Puskesmas / Pribadi
Hospital/Clinic/PHC/Private

c Alamat
Address

d Telepon / Fax
Telephone / Facsimile

menerangkan bahwa :

2 a Nama Pasien
Name of Patient

b. Umur / Tanggal Lahir
Aged / Date of Birth

Tanggal
date

(tgl / bin / thn)
(dd / mm / yy)

c. Alamat
Address

d Nomor Rekam Medis RS
Medical Record No

Apakah pasien menjalani perawatan / penanganan di RS sebelum meninggal? YA - Yes TIDAK - No

Was the patient treated in hospital before his death?

3 a Tanggal Perawatan sebelum meninggal
Date treated before his death :

3. a. *(dd / mm / yy)*

b Dirujuk oleh Dokter / Rumah sakit :
Referred by Physician / Hospital :

b. YA - Yes TIDAK - No

Nama Rumah Sakit/dokter asal rujukan
name of referring physician/hospital

c Tanggal Pasien konsultasi pertama kali
Date of the patient's first consultation

< / / *(tgl / bin / thn - dd / mm / yy)*

d Anamnesis

d

1 Keluhan Utama *(Major complaints)*

1

2. Riwayat Penyakit Sekarang *(History of present sickness)*

2

3. Riwayat Penyakit Dahulu *(History of past sickness)*

3

Tanggal pertama kali timbul *(date first detected)*
(tgl / bin / thn) *(dd / mm / yy)*

e Pemeriksaan Fisik *(Physical examination)*

e

f Pemeriksaan penunjang yang dilakukan (Laboratorium, Rontgen, USG, CT-Scan dan lainnya)
Other supporting examinations (Laboratory, X-ray, USG, CT-Scan etc.)

f

4 Diagnosis LENGKAP
Complete diagnosis

4

5 Apakah penyakit Pasien termasuk kelainan / berhubungan dengan hal berikut ini :
Was patient's sickness an abnormality / connected with the following :

5

► Penggunaan alkohol atau penyalahgunaan obat?
Use of alcohol or misuse of drugs?

YA - Yes TIDAK - No

► Bunuh diri
Suicide?

YA - Yes TIDAK - No

► Komplikasi penyakit HIV/AIDS
Complication of HIV/AIDS

YA - Yes TIDAK - No

<p>6. a. Tempat, tanggal dan waktu meninggal : <i>Place, date and time of death:</i></p> <p>b. Sebab Meninggal : <i>Cause of death</i></p> <p>c. Penyakit yang mendasari dan sejak kapan diderita (tanggal/bulan/tahun) : <i>Sickness suffered and since when</i></p> <p>Apabila Pasien meninggal karena riwayat kecelakaan, mohon Informasi : <i>In the event of accidental death, please furnish the following information:</i></p> <p>7. a. Tanggal kecelakaan : <i>Date of accident:</i></p> <p>b. Sebab kecelakaan : <i>Cause of accident</i></p> <p>c. Tempat kejadian kecelakaan : <i>Place of accident</i></p> <p>d. Lokasi cedera tubuh : <i>Which part was injured</i></p> <p>e. Keterangan rinci tentang cedera tubuh <i>Detail of injury sustained</i></p> <p>f. Apakah sebab meninggal dunia pasien berhubungan secara langsung dan utama akibat dari cedera tubuh? <i>Was the cause of death directly and mainly related to bodily injury?</i></p> <p>g. Apakah dilakukan autopsi atas jenazah Pasien dan dibuat Visum et Repertum? <i>Had autopsy been held on the Patient's body? and is there any Visum et Repertum?</i></p>	<p>6 a. Tanggal _____ Bulan _____ Tahun _____ Jam _____ <i>Date _____ Month _____ Year _____ Hour _____</i></p> <p>b. _____</p> <p>c. _____</p> <p>7 a. Tanggal (Date) _____ Bulan (Month) _____ Tahun (Year) _____</p> <p>b. _____</p> <p>c. _____</p> <p>d. _____</p> <p>e. _____</p> <p>f. <input type="checkbox"/> YA - Yes, mohon penjelasannya di bawah ini - (Please explain) _____</p> <p><input type="checkbox"/> TIDAK - No</p> <p>g. <input type="checkbox"/> YA - Yes, mohon lampirkan fotokopi Visum et Repertum dan mohon penjelasannya di mana autopsy diadakan - (Please attached a copy of Visum et repertum and please explain where the autopsy was held) : <i>location of autopsy:</i> _____</p> <p><input type="checkbox"/> TIDAK - No</p>
--	---

Deklarasi dan otorisasi (Declaration and authorization) :
Dengan ini saya menyatakan bahwa keterangan di atas adalah yang sebenar-benarnya dan selengkap-lengkapny menurut sepengetahuan saya dan catatan medis Pasien/Tertanggung.

(I hereby declare that the information given above is the truest, complete and correct to my knowledge and medical record of Patient/Insured)

Tanda tangan Dokter yang merawat : _____ <i>(Signature of attending physician)</i>	Tanggal : _____ / _____ / _____ (tgl / bln / thn) <i>(Date)</i> <i>(dd / mm / yy)</i>
Nama Dokter (huruf cetak) : _____ <i>(Doctor's name)</i>	Ahli / Kualifikasi : _____ <i>(Qualification)</i>
Alamat dan Nomor Telepon : _____ <i>(Address and phone number)</i>	Cap Dokter atau Rumah Sakit : _____ <i>(Physician's or Hospital's Sealed)</i>

Note : Hanya berlaku bila diisi, ditandatangani dan dicap oleh dokter/rumah sakit yang bersangkutan.
(Only valid if filled out, signed, stamped by attending physician).