

A. DATA PENGAJUAN KLAIM

Jenis Klaim:  Individu  Corporate/Kumpulan\*

Diisi oleh peserta Asuransi Individu

Data Pemegang Polis		Data Teganggung	
Nomor polis : 1	<input type="text"/>	4	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	5	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>		
Nama:			
Kartu Identitas:	<input type="checkbox"/> KTP <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Lainnya, :		
No. Kartu Identitas:			
Jenis Kelamin:	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan		
Hubungan dengan Pemegang Polis:			
Telepon/Handphone:			
Nilai Klaim yang diajukan:			
Detail pentransferan** (jika klaim disetujui):			
Nama Pemegang Polis/Tertanggung:			
Nama Bank:			
Nomor rekening:			

Note : Claim Form cukup diisi 1 kali oleh Pemegang polis dan Tertanggung yang sama jika memiliki lebih dari 1 polis.

\*\*Pembayaran manfaat claim hanya dapat dibayarkan ke Pemegang Polis/Tertanggung sesuai ketentuan Polis yang berlaku.

Diisi oleh peserta Asuransi Corporate/Kumpulan\*

Data Karyawan	Data Peserta
Nama perusahaan:	Nama:
Nomor polis:	Nomor peserta:
Nama:	Tanggal lahir:
Nomor peserta:	Jenis Kelamin:
No. Telp:	Hubungan:

B. PENYEBAB TERJADINYA KLAIM

Jenis Klaim:  Rawat jalan  Rawat inap  Pre/post Rawat inap  Personal Accident

Penyebab:  Sakit  Kecelakaan

Diagnosis: \_\_\_\_\_

Tanggal perawatan:  /  /  s/d  /  /  (dd/mm/year)

Jika perawatan ini karena kecelakaan:

Tanggal dan waktu kejadian:  /  /  (dd/mm/year) Jam: \_\_\_\_\_ (WIB/WITA/WIT)

Lokasi kejadian: \_\_\_\_\_

Kronologis kejadian: \_\_\_\_\_

Apakah tertanggung atau peserta memiliki asuransi lain?  Tidak  Ya, mohon disebutkan

Nama Perusahaan	Nomor Polis	Uang Pertanggung

PERNYATAAN PIHAK YANG MENGAJUKAN KLAIM

- a. Sehubungan dengna 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\_\_

\_\_\_\_\_

Tanda Tangan dan Nama Jelas

Saya menerangkan dengan sesungguhnya bahwa saya telah memeriksa penyakit / luka yang diderita pasien tersebut dibawah ini.  
I do certify that I personally examined the Sickness / Injury sustained by patient mentioned below.

DATA PESERTA/CUSTOMER INFORMATION\*\*

<b>Nama Pasien:</b> Name of Patient	<b>Jenis Kelamin:</b> Gender	<input type="checkbox"/> Perempuan Female
<b>Tanggal Lahir:</b> DOB		<input type="checkbox"/> Laki-laki male

INFORMASI KESEHATAN / HEALTH INFORMATION\*\*

<b>Nama Rumah Sakit/Klinik:</b> Name of Hospital/Clinic	<b>Nomor RM:</b> Medical Record No
<b>Tanggal Perawatan:</b> Date of Hospitalisation	<b>Jenis Perawatan:</b> Type of Service

**Keluhan dan Gejala Utama dan tambahan:**  
Primary and/or other Symptoms and Signs

**Sejak kapan keluhan dan gejala tersebut dirasakan oleh pasien?:**  
Since when the symptoms and signs suffered by the patient? \_\_\_\_\_ (dd/mm/yy)

**Pernahkah pasien di diagnosa penyakit yang sama sebelumnya?:**  
Did the patient get same condition before? Sejak: \_\_\_\_\_ (dd/mm/yy)

**Jika disebabkan karena kecelakaan, kapankah kecelakaan tersebut terjadi?:**  
If it is caused by accident, when did the accident occur? \_\_\_\_\_ (dd/mm/yy)

**Indikasi dilakukan Rawat Inap:**  Terapi  Diagnostik  Isolasi  APS/Lainnya, \_\_\_\_\_  
Indication for Hospitalization Therapeutic Diagnostic Isolation Others,

**Diagnosis akhir:**  
Working Diagnose

**Diagnosis/penyakit lain yang menyertai:**  
Other diagnose/illness

**Pemeriksaan fisik saat masuk rumah sakit:**  
Physical examination when enters hospital

**Terapi selama perawatan (Harap sebutkan nama obat, dosis, dll):**  
Treatment during medical care (Please mention medicine, dosage, etc).

**Tindakan atau Nama pembedahan yang dilakukan selama perawatan:**  
Procedures or Surgical performed during treatment

Tanggal / Date: / /  
Jenis Anestesi / Anesthesia:  
Jumlah Dokter Bedah / Number of attending Surgeon(s):  
Jumlah sayatan / Number of incision:

**Alasan memilih Jenis Tindakan atau pembedahan diatas:**  
Reason to choose the above Procedures or Surgery

**Pasien pulang dalam keadaan:**  Sembuh  Meninggal  Lainnya, :  
Patient's condition when discharged Recover Death Other

**Apakah prognosisnya?**  
What is the prognosis?

**Apakah diperlukan untuk kontrol? Kapan?**  
Is the control is required? When?

**Tanggal konsultasi pertama kali sehubungan penyakit ini:**  
Date of the first consultation concerning this illness

**Apakah penyakit/kondisi diatas disebabkan atau berhubungan dengan:**  
Is the above sickness / conditions caused by or related to

Kelainan Bawaan / Congenital Disorder  Gangguan Hormonal / Hormonal Imbalance  
 Kelainan Psikosomatis / Psychosomatic Disorder  Kosmetik atau Estetika / Cosmetic or Aesthetic  
 Penyakit Hubungan Sexual / Sexual Transmitted  Tumbuh Kembang / Growth Disorder  
 Alokohol/penyalahgunaan obat / Alcohol/drug abuse  Disease Kehamilan / Pregnancy  
 Percobaan bunuh diri/melukai diri / Suicide attempt/injuring themselves  Kecelakaan / Accident  
 Ketidaksuruban / Infertility  HIV / AIDS

**Dokter/Rumah Sakit yang menunjuk/mengobati/merawat pasien sebelumnya:**  
Doctors/hospitals who refer/treat patient previously

Nama/Name	Alamat/Address	Tanggal Konsultasi/Consultation date

Tempat & Tanggal / Place & Date: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Nama, Tanda tangan & Stempel Dokter/Rumah Sakit  
Name, Signature and stamp of Doctor/Hospital

Demikian keterangan dalam Formulir Keterangan Kesehatan Kalim ini Saya berikan sesuai dengan keadaan sebenarnya.  
Hereby I declare that the information I give in this Health Declaration Claim Form is true.

PERNYATAAN PASIEN / PATIENTS DECLARATION\*

Dengan ini Saya memberikan kuasa kepada PT Chubb Life Insurance Indonesia untuk memperoleh/mempertanyakan/mengetahui dari rumah sakit/klinik/dokter/pihak lain yang mempunyai catatan/informasi mengenai keadaan/riwayat kesehatan/pengobatan/perawatan rumah sakit/keterangan lain mengenai diri Saya.  
I hereby authorize PT Chubb Life Insurance Indonesia to obtain/ask/fnd out from hospital/clinics/doctors/other parties who have records/information about the state/health/medical history/hospital care/other information of myself.

Tempat & Tanggal / Place & Date: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Nama, Tanda tangan & Stempel Peserta/Pasien  
Name, Signature and stamp of member/patient

\* Diisi oleh Tertanggung/Pasien - To be filled by Insured/Patient  
\*\* Diisi oleh Dokter/Rumah Sakit - To be filled by Doctor/Hospital

**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.*
- Tertanggung adalah Orang yang namanya tertera dalam Data Polis dan atas dirinya diadakan pertanggungan, dalam hal ini Tertanggung 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