

# FORMULIR KLAIM

## Asuransi Jiwa

### DOKUMEN STANDAR YANG WAJIB DISERAHKAN UNTUK PENGAJUAN KLAIM ASURANSI JIWA (Beri tanda “✓”)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Formulir Klaim Asuransi Meninggal Dunia Cigna Bagian I dan Bagian II, yang telah diisi lengkap dan ditandatangani oleh Ahli Waris yang ditunjuk;             | <input type="checkbox"/> Fotokopi Legalisir sesuai Asli Surat Keterangan Kepolisian (apabila klaim akibat kecelakaan lalulintas/tindakan kriminal/kematian tidak wajar);         |
| <input type="checkbox"/> Formulir Klaim Cigna Bagian III (Surat Keterangan Dokter) yang telah diisi lengkap dan ditandatangani oleh Dokter yang merawat, serta distempel Rumah Sakit; | <input type="checkbox"/> Surat Kronologi Asli yang dibuat dan ditandatangani oleh Ahli Waris (apabila klaim akibat kecelakaan lalu lintas/tindak kriminal/kematian tidak wajar); |
| <input type="checkbox"/> Fotokopi Legalisir sesuai Asli Kartu Tanda Penduduk dan Kartu Keluarga Pemegang Polis/Tertanggung dan Ahli Waris;  | <input type="checkbox"/> Surat Kuasa Penunjukan Ahli Waris;  |
| <input type="checkbox"/> Fotokopi Legalisir sesuai Asli Akta Kematian dari Dinas Pencatatan Sipil;  | <input type="checkbox"/> Sertifikat Asuransi atau Polis Asuransi dan Data Polis dari Tertanggung;  |
| <input type="checkbox"/> Fotokopi Legalisir sesuai Asli Surat Keterangan Kematian dari Rumah Sakit;   | <input type="checkbox"/> Fotokopi Buku Tabungan Ahli Waris (apabila penerima manfaat adalah ahli waris)  |

### BAGIAN I : UNTUK DILENGKAPI OLEH AHLI WARIS

#### Yang bertandatangan di bawah ini

Nama Lengkap Ahli Waris

No. KTP/SIM/Paspor  (Fotokopi dilampirkan)

Hubungan dengan Tertanggung  Anak  Istri  Suami  Lain-lain : \_\_\_\_\_

Tempat/Tanggal Lahir  /  -  -

Jenis Kelamin  Pria  Wanita Kewarganegaraan :  WNI  WNA \_\_\_\_\_  
(Sebutkan Nama Negara)

Alamat Korespondensi (apabila berbeda dengan KTP)

Kota  Kode Pos

No. Telepon  
Rumah  -   
Kantor  -   
Handphone  -

Alamat E-mail

### MENERANGKAN DENGAN SEBENARNYA, BAHWA

Nama Polis>Nama Program Asuransi

Nama Pemegang Polis

Nama Tertanggung

Tanggal Lahir Tertanggung  -  -  Jenis Kelamin  L  P

Nama & Alamat Perusahaan tempat Tertanggung bekerja

Kota  Kode Pos

Telepon Perusahaan/Kantor  -

Tanggal Meninggal	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Jam <input type="text"/> : <input type="text"/>
Tempat Meninggal	<input type="checkbox"/> Rumah <input type="checkbox"/> RS/Klinik/Puskesmas <input type="checkbox"/> Lainnya _____

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

Tidak  Ya, Mohon lengkapi tabel berikut :

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

Apakah Tertanggung menderita penyakit lain sebelumnya?

Tidak  Ya, Mohon lengkapi tabel berikut :

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

## BAGIAN II : PERNYATAAN KEDUDUKAN WAJIB PAJAK INDIVIDU (UNTUK DILENGKAPI OLEH AHLI WARIS)

A. Apakah Ahli Waris adalah warga negara atau penduduk di negara selain Indonesia?

Ya  Tidak

(Jika Ya, lanjutkan ke pertanyaan huruf B. Jika Tidak, lanjutkan ke Bagian III: SURAT KETERANGAN DOKTER)

B. Apakah Ahli Waris adalah wajib pajak<sup>1)</sup> di negara selain Indonesia?

Ya  Tidak

Jika Ya, mohon lengkapi pertanyaan huruf C.

Jika Tidak, lanjutkan ke Bagian III: SURAT KETERANGAN DOKTER.

Jika Tidak tetapi Ahli Waris memiliki informasi sebagai berikut:

- Identitas sebagai penduduk di negara selain Indonesia
- Kewarganegaraan di negara selain Indonesia
- Alamat terkini di negara selain Indonesia
- Nomor telepon di negara selain Indonesia
- Rekening di negara selain Indonesia

Mohon memberikan penjelasan alasan Ahli Waris memenuhi salah satu atau lebih huruf a - e di atas, namun bukan merupakan wajib pajak<sup>1)</sup> di negara selain Indonesia, pada kolom yang disediakan di bawah ini.

C. Deklarasi CRS atas Domisili Wajib Pajak<sup>1)</sup>

Mohon lengkapi tabel di bawah ini untuk menunjukkan (i) di mana negara tempat kedudukan perpajakan Ahli Waris dan (ii) NPWP (Nomor Pokok Wajib Pajak) atau TIN (*Taxpayer Identification Number*) Ahli Waris untuk setiap negara yang dicantumkan. Jika Ahli Waris merupakan wajib pajak<sup>1)</sup> di lebih dari 3 negara, mohon untuk menggunakan lembar terpisah. Jika NPWP/TIN tidak tersedia mohon memberikan alasan memadai **A, B atau C sebagaimana tercantum di bawah ini:**

- Alasan A** - Negara di mana Ahli Waris memiliki kewajiban untuk membayar pajak, tidak menerbitkan NPWP/TIN kepada penduduk.
- Alasan B** - Ahli Waris tidak bisa menyediakan NPWP/TIN (jika Anda memilih alasan ini, mohon mencantumkan alasan tidak dapat menyediakan NPWP/TIN pada tabel dan kolom di bawah ini).
- Alasan C** - NPWP/TIN tidak diperlukan (catatan: alasan ini hanya boleh dipilih jika pihak otoritas dari negara wajib pajak<sup>1)</sup> yang disebutkan tidak mengharuskan NPWP/TIN untuk diinformasikan)

Negara Wajib Pajak <sup>1)</sup>	NPWP/TIN	Bila tidak ada NPWP/TIN, sebutkan alasan A, B, atau C

Jika Anda memilih alasan B di atas, mohon jelaskan pada kolom di bawah ini mengapa Anda tidak bisa menyediakan NPWP/TIN.

1.	
2.	
3.	

#### D. Pernyataan Deklarasi CRS atas Domisili Wajib Pajak<sup>1)</sup>

Dengan menandatangani pernyataan di bawah ini dan/atau melengkapi atau mengajukan formulir ini, saya sebagai Ahli Waris setuju bahwa:

1. Saya menyetujui penggunaan informasi yang diberikan kepada Cigna dan saya akan memberikan kepada Cigna informasi yang Cigna minta dari waktu ke waktu dan mengizinkan Cigna untuk memberikan informasi tersebut kepada pihak berwenang lokal dan asing untuk memenuhi peraturan persyaratan hukum.
2. Saya dengan ini melepaskan hak-hak yang mungkin saya miliki yang akan dapat mencegah Cigna untuk memenuhi ketentuan hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku di atas.
3. Saya menyatakan di mana saya menyediakan informasi mengenai orang lain, bahwa saya akan, dalam 30 hari kalender sejak menandatangani formulir ini, akan memberitahukan orang yang saya berikan informasinya kepada Cigna dan informasi tersebut dapat diberikan kepada otoritas pajak Indonesia untuk dapat disampaikan kepada otoritas pajak negara selain Indonesia sesuai dengan perjanjian antara negara dalam hal pertukaran informasi rekening keuangan.

1) Masing-masing yurisdiksi memiliki aturan tersendiri dalam menentukan domisili wajib pajak. Pada umumnya domisili wajib pajak adalah negara dimana tempat Anda tinggal. Kondisi tertentu (seperti sekolah di luar negeri, bekerja di luar negeri, atau perjalanan yang diperpanjang) dapat menyebabkan Anda menjadi wajib pajak negara lain atau menjadi wajib pajak di lebih dari satu Negara pada waktu yang bersamaan (wajib pajak berganda). Negara/negara-negara di mana Anda membayar pajak penghasilan mungkin menjadi Negara/Negara-negara domisili wajib pajak Anda. Untuk informasi lebih lanjut terkait domisili wajib pajak, mohon berkonsultasi dengan konsultan pajak Anda.

Ditandatangani di:

Tanggal  /  /   
tanggal bulan tahun

Ahli Waris/Pengaju Klaim

(Nama Jelas & Tanda Tangan)

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

Nama Pasien ( <i>Patient's Name</i> )	<input type="text"/>
Tanggal Lahir ( <i>Date of Birth</i> )	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Laki-laki ( <i>Male</i> ) <input type="checkbox"/> Wanita ( <i>Female</i> )
Nomor Rekam Medis ( <i>Medical Record Number</i> )	<input type="text"/>
Tempat, tanggal dan waktu meninggal ( <i>Time and place of death</i> )	_____, <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Jam ( <i>Time</i> ) <input type="text"/> : <input type="text"/> <small>Hari/Day Bulan/Month Tahun/Year</small>
Diagnosa ( <i>Diagnosis</i> )	
Apakah Pasien dirujuk oleh Dokter/Rumah Sakit lain? ( <i>Was he/she referred by other doctor/hospital?</i> )	<input type="checkbox"/> Ya ( <i>Yes</i> ) <input type="checkbox"/> Tidak ( <i>No</i> ) Nama Rumah Sakit/Dokter asal rujukan ( <i>Name of referring Doctor/Hospital</i> ) <input type="text"/>
Riwayat Penyakit saat ini ( <i>Present Condition</i> )	
Tanggal Konsultasi pertama kali ( <i>First Consultation</i> )	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <small>Hari/Day Bulan/Month Tahun/Year</small>
Keluhan Utama dan diagnosa ( <i>Major symptoms and Diagnosis</i> )	_____ D/ _____
Riwayat Penyakit Dahulu ( <i>Medical History</i> )	_____
Apakah kondisi saat ini merupakan kelanjutan, komplikasi atau berhubungan dengan penyakit yang diderita oleh pasien sebelumnya? ( <i>Is the present condition a continued, complication or related to the patient's previous illness?</i> )	<input type="checkbox"/> Tidak ( <i>No</i> ) <input type="checkbox"/> Ya ( <i>Yes</i> ), Mohon penjelasan lebih lanjut ( <i>please specify</i> ) _____ _____
Pemeriksaan Fisik ( <i>Physical Examination</i> )	
Pemeriksaan penunjang yang dilakukan (Laboratorium, Rontgen, USG, CT-Scan dan lainnya). ( <i>Supporting diagnostic test : Laboratory test, X-ray, USG, CT Scan, etc</i> )	
Sebab Meninggal ( <i>Cause of Death</i> )	_____
Penyakit yang mendasari dan sejak kapan diderita ( <i>Underlying disease and the on set of the disease</i> )	_____ <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <small>Hari/Day Bulan/Month Tahun/Year</small>
Apakah penyakit saat ini berhubungan dengan ( <i>Is this current condition related to the followings</i> ) :	<input type="checkbox"/> Penyakit Bawaan atau kelainan sejak lahir ( <i>Congenital related disorders</i> ) <input type="checkbox"/> Kehamilan, Kelahiran, atau Keguguran dan komplikasi yang terjadi sebagai akibatnya ( <i>Pregnancy, Child Birth, or miscarriage and it's complication</i> ) <input type="checkbox"/> Penyalahgunaan Alkohol atau Penggunaan obat-obat terlarang ( <i>Drugs and alcohol abuse</i> ) <input type="checkbox"/> Berhubungan dengan HIV/AIDS ( <i>HIV/AIDS related</i> ) <input type="checkbox"/> Bunuh diri ( <i>Suicide</i> ) <input type="checkbox"/> Penyebab / Penyakit lainnya, mohon jelaskan ( <i>Others, please specify</i> ), _____

<p>Apakah sebab meninggal dunia Pasien berhubungan secara langsung dan utama dari kecelakaan? <i>(Was the cause of death directly and mainly related to the accident?)</i></p>	<input type="checkbox"/> Tidak <i>(No)</i> <input type="checkbox"/> Ya <i>(Yes)</i> , Mohon penjelasan lebih lanjut <i>(please specify)</i>
<p>Apakah Pasien meninggal semata-mata dan secara langsung diakibatkan oleh Cedera Tubuh karena kecelakaan? <i>(Is the death event solely caused and resulted by the body injury due to accident?)</i></p>	<input type="checkbox"/> Tidak <i>(No)</i> <input type="checkbox"/> Ya <i>(Yes)</i> , Mohon penjelasan lebih lanjut <i>(please specify the followings)</i> <p>&gt; Tanggal Kecelakaan <i>(Accident Date)</i> : <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  <small>Hari/Day      Bulan/Month      Tahun/Year</small></p> <p>&gt; Tempat terjadinya kecelakaan <i>(Accident venue)</i> : _____</p> <p>&gt; Penyebab kecelakaan <i>(Accident cause)</i> : _____</p> <p>&gt; Lokasi Cedera Tubuh <i>(Body injury location)</i> : _____</p> <p>&gt; Keterangan rinci tentang Cedera Tubuh <i>(Detail of injury Sustained)</i> :          _____</p>
<p>Apakah dilakukan Pemeriksaan Luar Jenazah atau dilakukan otopsi? <i>(Was there any post mortem external inspection or Autopsy made?)</i></p>	<input type="checkbox"/> Tidak <i>(No)</i> <input type="checkbox"/> Ya <i>(Yes)</i> , Mohon penjelasan lebih lanjut <i>(please specify the followings)</i> <p>Hasil Pemeriksaan Luar Jenazah <i>(External Post Mortem Inspection)</i>          _____</p> <p>Hasil Pemeriksaan Dalam Jenazah <i>(Visum et Repertum result)</i>          _____</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> <input type="text"/></p> <p>Alamat Rumah Sakit <i>(Hospital's address)</i> <input type="text"/></p> <p>No. Telepon <i>(Telephone)</i> <input type="text"/> - <input type="text"/></p> <p>Tempat dan Tanggal <i>(Place and Date)</i> <input type="text"/> / <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/></p>	<p>_____  <b>Nama Dokter, tanda tangan dan stempel</b>  <i>(Full name and signature with hospital/ doctor's stamp)</i></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



( \_\_\_\_\_ )  
Tanda tangan dan Nama Jelas yang memberikan Kuasa