

FORMULIR KLAIM

Asuransi Kesehatan

DOKUMEN STANDAR YANG WAJIB DISERAHKAN UNTUK PENGAJUAN KLAIM ASURANSI KESEHATAN (Beri tanda "✓")

- | | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Formulir Klaim Asuransi Kesehatan Cigna Bagian I, yang telah diisi lengkap dan ditandatangani oleh Pemegang Polis; | <input type="checkbox"/> | Kwitansi Total dan Perincian Biaya Rumah Sakit yang asli atau fotokopi dilegalisir; |
| <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 Surat Keterangan Kepolisian (apabila ada riwayat kecelakaan lalu lintas/di rumah/tindak kriminal/lainnya) |
| <input type="checkbox"/> | Fotokopi Kartu Tanda Penduduk dan Kartu Keluarga; | <input type="checkbox"/> | Fotokopi hasil pemeriksaan laboratorium, hasil bacaan Dokter atas pemeriksaan Rontgen, CT-Scan, MRI, Patologi Anatomi, dll, saat mendapatkan perawatan |
| <input type="checkbox"/> | Fotokopi Halaman Nomor Rekening dari Buku Tabungan Pemegang Polis; | <input type="checkbox"/> | Surat Kronologi Asli yang dibuat dan ditandatangani oleh Pemegang Polis dan/atau Tertanggung apabila klaim yang diajukan berhubungan dengan riwayat kecelakaan; |

BAGIAN I : PERNYATAAN PEMEGANG POLIS dan/atau TERTANGGUNG DATA PEMEGANG POLIS

Nama Pemegang Polis

Nomor Polis (sesuai dengan klaim yang diajukan)

Alamat Korespondensi (apabila berbeda dengan KTP)

Kota Kode Pos

Untuk Kemudahan Dalam Komunikasi (WAJIB DIISI)

No. Telepon

Rumah -

Kantor -

Handphone -

Alamat E-mail

DATA TERTANGGUNG

Nama Tertanggung

Tempat/Tanggal Lahir Tertanggung / - -

Jenis Kelamin L P

Pekerjaan Tertanggung

Nama & Alamat Perusahaan

Tertanggung Bekerja

Kota Kode Pos

RIWAYAT PENYAKIT dan/atau CEDERA TUBUH TERTANGGUNG

Tanggal Perawatan - - s/d - -

Nama Dokter/Rumah Sakit yang merawat

Keluhan yang menyebabkan perlunya mendapatkan perawatan Rumah Sakit baik rawat inap dan/atau rawat jalan?
Sudah berapa lama Penyakit dan/atau Tubuh tersebut diderita?

Apakah berhubungan dengan kecelakaan? Ya, tanggal - - Tidak

Mohon sebutkan konsultasi atau riwayat pengobatan medis yang pernah dilakukan :

Nama Dokter/ Rumah Sakit	Tanggal	Alamat	Diagnosa

KETERANGAN PENTING LAINNYA

Apakah Tertanggung memiliki Polis di Perusahaan Asuransi Lain? Ya Tidak

Nama Perusahaan Asuransi

No Polis

APABILA KLAIM DISETUJUI, MAKA PEMBAYARAN AKAN DITRANSFER KE:

Nama Pemilik Rekening

Bank dan Cabang

Nomor Rekening

Ditandatangani di: Tanggal / /
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 Rp 6.000 oleh Pemegang Polis.

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

<p>Nama Pasien (<i>Patient's Name</i>)</p> <p>Tanggal Lahir (<i>Date of Birth</i>)</p>	<p>_____</p> <p>____ - ____ - _____ <input type="checkbox"/> Laki-laki (<i>Male</i>) <input type="checkbox"/> Wanita (<i>Female</i>)</p>
<p>Nomor Rekam Medis (<i>Medical Record Number</i>)</p>	<p>_____</p>
<p>Tanggal Perawatan (<i>Date of Hospitalization</i>) <small>(hari-bulan-tahun / day-month-year)</small></p>	<p>____ - ____ - _____ -- ____ - ____ - _____ = ____ hari <small>(days)</small></p>
<p>Riwayat Penyakit Saat ini (<i>Present Condition</i>)</p>	
<p>Riwayat Penyakit Dahulu (<i>Medical History</i>)</p>	
<p>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>)</p>	
<p>Diagnosa (<i>Diagnosis</i>)</p>	
<p>Indikasi Medis Rawat Inap (<i>Medical Indication for hospitalization</i>)</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 Penggunaan obat-obat terlarang (<i>Drugs and alcohol abuse</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Komplikasi dari infeksi HIV/AIDS (<i>HIV/AIDS related</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Berkaitan dengan kekacauan fungsional atau emosional pikiran pada gangguan psikotik, neurotik, dan psikosomatik dan manifestasi fisiologinya (<i>Mental disorder, psychotic, neurotic and psychosomatic and it's manifestation</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Lainnya, mohon jelaskan (<i>others, please specify</i>).</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Terapi (<i>Therapy</i>)</p>	<p><input type="checkbox"/> Medikamentosa (<i>conservative</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Pembedahan (<i>surgical</i>)</p> <p>> Nama Pembedahan (<i>Surgical Name</i>) : _____</p> <p>> Jenis Anastesi (<i>Anesthesia</i>) : _____</p> <p>> Jumlah Dokter Bedah (<i>Number of attending Surgeon(s)</i>) : <input type="checkbox"/></p> <p>> Tanggal Pembedahan (<i>Surgery Date</i>) : _____ - _____ - _____ <small>Hari/Day Bulan/Month Tahun/Year</small></p>

Nama Dokter/Rumah Sakit yang merujuk atau yang pernah merawat pasien (rawat inap/rawat jalan). *(Name of Hospital/Doctor whose referred and/or treated the patient (inpatient/outpatient))*

Nama Dokter/ Rumah Sakit <i>(Name of Doctor/Hospital)</i>	Tanggal <i>(Date)</i>	Alamat <i>(Address)</i>	Keluhan dan Diagnosa <i>(Symptoms and Diagnosis)</i>

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)*

Nama Rumah Sakit <i>(Hospital's name)</i> Alamat Rumah Sakit <i>(Hospital's address)</i> No. Telepon <i>(Telephone)</i> Tempat dan Tanggal <i>(Place and Date)</i>	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td><td style="border: 1px solid black; width: 20px;"> </td> </tr> </table>																																																																								Nama Dokter, tanda tangan dan stempel <i>(Full name and signature with hospital/ doctor's stamp)</i>

PT Asuransi Cigna

Cigna @ Tempo Pavilion 2 Jl. H.R. Rasuna Said Kav. 10
Jakarta Selatan 12950

Cigna SIAP 1-500-033 | Fax (+62-21) 2809 8099 | SIAP@Cigna.com | www.cigna.co.id

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 6.000

(_____)
Tanda tangan dan Nama Jelas yang memberikan Kuasa