

Diisi Jika Klaim Dibayarkan Ke Keluarga Tertanggung

### A. Data Pengajuan Klaim

Jenis Klaim  Klaim Meninggal  Klaim Rumah Sakit  Lainnya \_\_\_\_\_

Yang bertandatangan di bawah ini :

1. Nomor Polis

2. Pemegang Polis

Mengajukan klaim peserta Asuransi Jiwa PT Chubb Life Insurance Indonesia dengan data sebagai berikut :

1. Nama Tertanggung

2. Nomor Peserta

3. Kartu Identitas  KTP  SIM  Paspor  Akta Kelahiran (Jika Tertanggung < 17 tahun)

4. No. Kartu Identitas

5. Handphone

6. Email

7. Pembayaran atas dana klaim yang diajukan transfer ke:

Nama Pemilik Rekening  Nama Bank

No. Rekening  Cabang/Kota

### B. Informasi Klaim

1. Tanggal Kejadian  s/d

Penyebab Klaim  Sakit  Kecelakaan

Berikan gambaran secara singkat dan jelas mengenai kejadian/gejalanya:

2. Apakah Tertanggung diasuransikan di perusahaan asuransi lain ?  Tidak  Ya, Sebutkan :

Nama Perusahaan	Nomor Polis	Uang Pertanggungan/Plan Kamar Rumah Sakit

### Pernyataan Pihak Yang Mengajukan Klaim

Dengan ini memberikan:

- Persetujuan kepada Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Reasuransi, Badan Hukum, Perorangan atau Organisasi lainnya, yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung dan memberikan catatan atau keterangan tersebut kepada PT Chubb Life Insurance Indonesia sehubungan dengan pengajuan klaim yang sedang diajukan.
- Kuasa kepada PT Chubb Life Insurance Indonesia atau mereka yang diberi kuasa olehnya untuk mendapatkan segala sesuatu tentang keterangan atau catatan medis dari Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Reasuransi, Badan Hukum, Perorangan atau Organisasi lainnya.

Salinan Pernyataan Pihak Yang Mengajukan Klaim tersebut sama sah dan berlaku seperti aslinya, bersifat dan mempunyai kekuatan hukum yang sama.

Ditandatangani di \_\_\_\_\_

Tanggal

\_\_\_\_\_  
Tanda Tangan  
Nama Jelas & Stempel Perusahaan  
Jabatan:

\_\_\_\_\_  
Tanda Tangan & Nama Jelas  
Hubungan Keluarga:

Teman Sejawat yang terhormat,  
Untuk melengkapi data klaim pelayanan kesehatan serta kelancaran proses klaim, mohon kiranya Teman Sejawat mengisi keterangan yang kami perlukan dibawah ini dengan lengkap.  
Terima kasih atas kerjasamanya

Dear Colleague,

To complete our health service claim data and for fluency of claim process, please fill out the following information completely. Thank you for your kind cooperation.

Hormat kami,  
Sincerely,

Claim Manager

### Data Peserta / Customer Information\*

Nama Pemegang Polis <i>Policy Holder Name</i>	:	_____	No. Polis <i>Policy No.</i>	:	_____
Nama Pasien <i>Name of Patient</i>	:	_____	Jenis Kelamin <i>Gender</i>	:	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan <i>Male Female</i>
Tanggal Lahir (tgl/bln/thn) <i>Date of Birth (day/month/year)</i>	:	____/____/____			

### Informasi Kesehatan / Health Information\*\*

Nama Rumah Sakit/Klinik <i>Name of Hospital/Clinic</i>	:	_____	Jenis Perawatan <i>Type of Service</i>	:	<input type="checkbox"/> Rawat Jalan <input type="checkbox"/> Rawat Inap <i>Outpatient Inpatient</i>
Tanggal Perawatan <i>Date of Hospitalisation</i>	:	____/____/____	Hingga (tgl/bln/thn) <i>Until (day/month/year)</i>	:	____/____/____

No.	Pertanyaan/Questions	Penjelasan/Explanation
1.	<p><b>Anamnesa / Anamnesis :</b></p> <p>a. Keluhan Utama atau Tambahan <i>Main or other symptom</i></p> <p>b. Sejak Kapan pasien mengalami keluhan/gejala? <i>Since when the patient complained/got symptom?</i></p> <p>c. Pernahkah pasien mengalami kondisi yang sama sebelumnya? Bila Ya, Kapan? (tgl/bln/thn) <i>Did the patient get same condition before?</i> <i>If Yes, When? (dd/mm/yyyy)</i></p> <p>d. Jika disebabkan karena kecelakaan, kapankah kecelakaan tersebut terjadi? <i>If it is caused by accident, when did the accident occur ?</i></p> <p>e. Apabila rawat inap diperlukan bagi pasien, atas indikasi apa? <i>If hospitalised is required for the patient, what is the indication?</i></p>	
2.	<p><b>Kondisi saat ini / Current condition</b></p> <p>a. Diagnosis awal ? <i>Early diagnosis ?</i></p> <p>b. Diagnosis akhir ? <i>Final diagnosis ?</i></p> <p>c. Diagnosis/penyakit lain yang menyertai <i>Other diagnose/illness</i></p> <p>d. Pemeriksaan fisik saat masuk rumah sakit <i>Physical examination when enters hospital</i></p> <p>e. Hasil Pemeriksaan klinik (laboratorium, rontgen, dll) <i>Clinical findings (laboratorium, x-ray,etc)</i> <i>Mohon lampirkan laporan pemeriksaan klinik/Please attach the clinical report</i></p> <p>f. Terapi selama perawatan (Harap sebutkan nama obat, dosis, dll.) <i>Treatment during medical care (Please mention medicine, dosage, etc)</i></p> <p>g. Apakah tindakan pembedahan dilakukan? Jika Ya, Sebutkan tanggal, bulan, tahun, jenis pembedahan, serta hasil patologi anatomi (jika ada). <i>Was a surgery performed? If Yes, please state the day, month, year, type of surgery, and result of pathology anatomy (if any)</i> <i>Mohon lampirkan laporan pemeriksaan klinik/Please attach the clinical report</i></p>	

No.	Pertanyaan/Questions	Penjelasan/Explanation		
	<b>Kondisi saat ini/Current condition</b> h. Bagaimana kondisi pasien saat dipulangkan? <i>How is the patient's condition when discharged?</i> i. Apakah prognosisnya? <i>What is the prognosis?</i> j. Apakah diperlukan untuk kontrol? Kapan? <i>Is control is required? When?</i> k. Tanggal konsultasi pertama kali sehubungan penyakit ini <i>Date of the first consultation concerning this illness</i>			
3.	l. Apakah penyakit ini merupakan penyakit bawaan/turunan? <i>Is this congenital illness?</i> m. Apakah penyakit ini berhubungan dengan kosmetik? <i>Is this illness related to cosmetic?</i> n. Apakah penyakit ini berhubungan dengan kejiwaan/psikosomatis? <i>Is this illness related to psychiatric/psychosomatic?</i> o. Apakah penyakit ini berhubungan dengan kesuburan/ketidaksuburan? <i>Is this illness related to fertility/infertility?</i> p. Apakah penyakit ini berhubungan dengan kehamilan? <i>Is this illness related to pregnancy?</i>			
3.	Dokter/Rumah Sakit yang merujuk/mengobati/merawat pasien sebelumnya <i>Doctors/hospitals who refer/treat patient previously</i>	Nama / Name	Alamat / Address	Tgl konsultasi/ <i>Date of consultation</i> (tgl/bln/thn)/(day/month/year)

Ditandatangani di :  
 Sign in

Tanggal/Date : / / (tgl/bln/thn)/(day/month/year)

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

Demikian keterangan dalam Formulir Keterangan Kesehatan Klaim 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 / Patient's Declaration\***

Dengan ini saya memberikan kuasa kepada PT Chubb Life Insurance Indonesia atau mereka yang diberi kuasa olehnya 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/find out from hospital/clinics/doctors/other parties who have records/information about the state/health/medical history/hospital care/other information of myself*

Ditandatangani di :  
 Signed in

Tanggal/Date : / / (tgl/bln/thn)/(day/month/year)

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

\_\_\_\_\_  
 Nama / Name

**Chubb. Insured.<sup>SM</sup>**

PT Chubb Life Insurance Indonesia terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan.

"©2016 Chubb. Coverages underwritten by one or more subsidiary companies. Not all coverages available in all jurisdictions. ACE®, Chubb®, their respective logos, and Chubb.Insured.® are protected trademarks of Chubb."