

A. Data Pengajuan Klaim

Jenis Klaim Meninggal dunia Penyakit kritis Cacat Tetap Waiver

Saya sebagai Pemegang Polis/Tertanggung/Penerima Manfaat/Ahli Waris yang bertanda tangan dibawah ini :

1. Nama Lengkap

2. No. Identitas KTP/SIM/Paspor/lainnya (Fotokopi dilampirkan)

3. Tempat/Tanggal Lahir / - - Umur

4. Jenis Kelamin Laki-laki Perempuan

5. Alamat

6. Kota Kode Pos

7. No. Telepon (Rumah) -
(Handphone) -

8. Email

9. Pekerjaan TNI/POLRI PNS/Karyawan BUMN Karyawan Swasta
 Wiraswasta Profesional Kepala Divisi

10. Rincian Pekerjaan Staff Supervisor Lainnya, sebutkan
 Direktur Manager

11. Apakah Penerima Manfaat merupakan pejabat pemerintah atau pengurus partai politik atau orang terekspos politik (PEP) : Ya Tidak Jika Ya, mohon sebutkan nama dan jabatan :

12. Data Rekening* (apabila klaim disetujui)

13. Nama Pemilik Rekening

14. Nama Bank

15. Nomor Rekening

Note : Pembayaran manfaat klaim hanya dapat dibayarkan ke Pemegang Polis/Penerima Manfaat/Ahli Waris sesuai ketentuan Polis yang berlaku.

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

1. Nama Tertanggung/Peserta

2. No. Identitas KTP/SIM/Paspor/lainnya (Fotokopi dilampirkan)

3. No. Polis

4. No Induk Karyawan *jika peserta termasuk dalam GTL

B. Penyebab Terjadinya Klaim

Klaim Meninggal Dunia

Tempat meninggal : - - (dd/mm/yy)

Penyebab meninggal dunia :

Kronologis meninggal dunia :

Klaim Cacat Tetap

Penyebab :

Penyakit, tanggal diagnosis : - - (dd/mm/yy)

Kecelakaan, tanggal kecelakaan : - - (dd/mm/yy)

Gambaran singkat dan jelas mengenai kejadian/gejalanya :

Klaim Penyakit Kritis

Penyebab :

Penyakit, tanggal diagnosis : - - (dd/mm/yy)

Gambaran singkat dan jelas mengenai kejadian/gejalanya :

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

Tidak Ya, mohon melengkapi tabel di bawah ini :

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

Apakah Tertanggung menderita penyakit lain sebelumnya?

Tidak Ya, mohon melengkapi tabel di bawah ini :

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

Apakah Tertanggung diasuransikan di perusahaan asuransi lain?

Tidak Ya, mohon melengkapi tabel di bawah ini :

Nama Perusahaan	Nomor Polis	Uang Pertanggungan

Pernyataan Pihak yang Mengajukan Klaim

Saya, sebagai Penerima Manfaat menyatakan setuju bahwa:

1. Semua keterangan yang diberikan di dalam Formulir ini adalah benar telah Saya tuliskan dan tidak ada keterangan maupun hal-hal lainnya yang Saya sembunyikan.
2. Akibat hukum dan/atau kerugian yang timbul karena ditandatanganinya Formulir ini dalam keadaan kosong atau belum terisi lengkap menjadi tanggung jawab Saya sebagai Ahli Waris atau Penerima Manfaat.
3. Dengan telah diterimanya pembayaran Manfaat Asuransi oleh Ahli Waris atau Penerima Manfaat dalam hal klaim telah disetujui oleh Penanggung, maka seluruh tanggung jawab Penanggung yang terkait dengan Polis telah selesai dilaksanakan dan Polis otomatis berakhir sesuai dengan ketentuan Polis.
4. Apabila keterangan dan pernyataan yang diberikan tidak benar, atau tidak sesuai dengan keadaan yang sebenarnya, maka Penanggung dapat melakukan tindakan hukum yang diperlukan sesuai dengan ketentuan Polis dan Peraturan Perundangan yang berlaku.
5. Segala dokumen kelengkapan persyaratan Klaim menjadi hak Penanggung sejak diserahkan kepada Penanggung untuk pengajuan Klaim ini.

- a. Sehubungan dengan adanya pengajuan klaim ini, maka 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.
- 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 - -
(Tanggal) (Bulan) (Tahun)

.....
(Nama Lengkap & Tanda Tangan)

Isilah pertanyaan-pertanyaan di bawah ini dengan lengkap dan benar. Diperbolehkan menggunakan lembaran kertas lain apabila lembaran ini tidak cukup.

Wajib diisi oleh dokter

Mohon diperhatikan bahwa apabila fakta yang dituliskan tidak lengkap dan benar, maka pertanggung jawaban asuransi ini dapat dinyatakan batal.

Tanggal Pelayanan : - - * Tempat Pelayanan :

Nama Pasien : * No. Polis :

Hubungan dengan Pemegang Polis : Sendiri Suami/Istri Anak

Tanggal Perawatan : - -

No.	Pertanyaan	Perjelasan		
1.	Anamnesa : - Keluhan Utama/Tambahan? - Gejala yang pertama kali dirasakan - Sejak kapan mengalami cacat? - Adakah penyakit lain yang berhubungan dengan kondisi sekarang? - Menurut dokter, pernahkah pasien mengalami kondisi yang sama? Jika "Ya", kapan (Tgl/Bln/Thn) - Jika disebabkan karena kecelakaan, kapankah terjadinya kecelakaan tersebut? - Bila cacat disebabkan kecelakaan, apakah pasien berada dalam pengaruh minuman keras/narkoba ketika kecelakaan terjadi? - Apakah penyakit timbul akibat dari pekerjaan pasien? - Adakah indikasi rawat inap sesuai dengan tindakan medis dan saran medis? - Apakah pasien mengajukan permohonan untuk perpanjangan perawatan?			
2.	a. Tanggal konsultasi pertama kali sehubungan penyakit yang diderita? b. Sejak kapan dokter menjadi dokter yang bisa dikunjungi nasabah?			
3.	Nama/alamat dokter/Rumah Sakit yang mengobati/merawat sebelumnya tanggal konsultasi	Nama Dokter	Alamat	Tanggal Konsultasi
4.	a. Bagian tubuh yang mengalami cacat : b. Apakah berhubungan dengan pekerjaan? c. Apakah dengan keadaan cacat sekarang mempengaruhi/ membatasi gerak dalam pekerjaan?			
5.	Cacat : - Penyebabnya - Bagian tubuh yang terkena - Sifat cacat			
6.	Sifat cacat, jika bersifat sementara, jelaskan kemungkinan akan sembuh kembali seperti semula kapan?			
7.	Apakah cacat tersebut dapat sembuh total/sempurna? - Bila "Ya", kapan perkiraan sembuh? (Tgl/Bln/Thn) - Bila tidak berapa % penurunan fungsi yang terjadi? - Berapa lama waktu untuk penilaian kembali? (Tgl/Bln/Thn)			
8.	Bagaimana keadaan umum pasien saat ini dalam pemeriksaan? - Diagnosis : - Prognosis :			

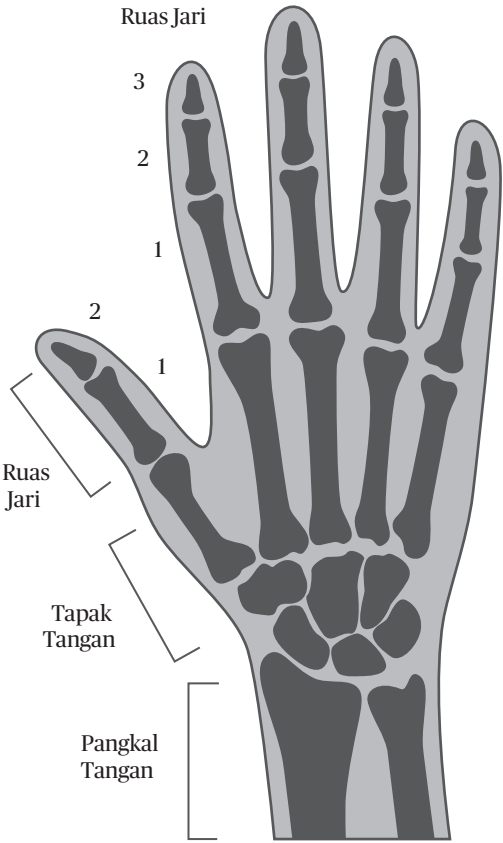
Demikian keterangan dalam formulir ini saya berikan sesuai dengan keadaan sebenarnya.
 Note: Jawaban TS harap disampaikan secara rahasia dengan menggunakan sampul tertutup, dan dialamatkan kepada PT Chubb Life Insurance Indonesia.

Ditandatangani di,

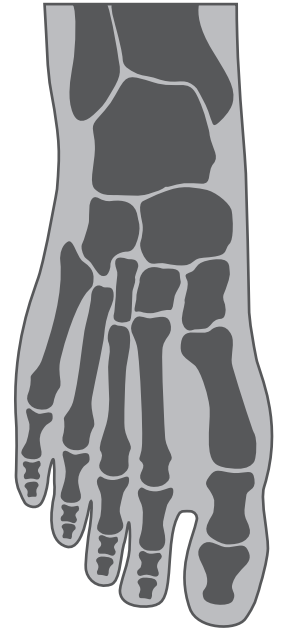
Tanggal - -
 (Tanggal) (Bulan) (Tahun)

Nama, Tanda tangan & Stempel
 Dokter/RS yang merawat

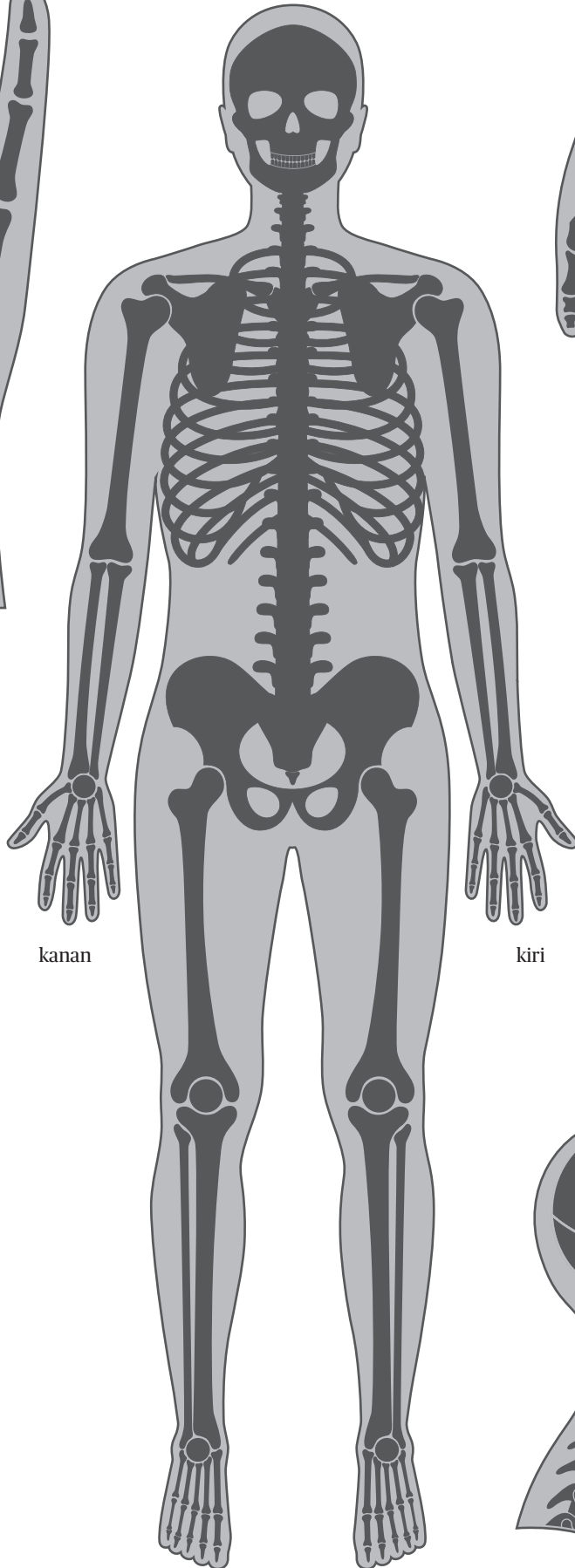
(Nama Lengkap & Tanda Tangan)



kanan - kiri



kanan - kiri



kanan

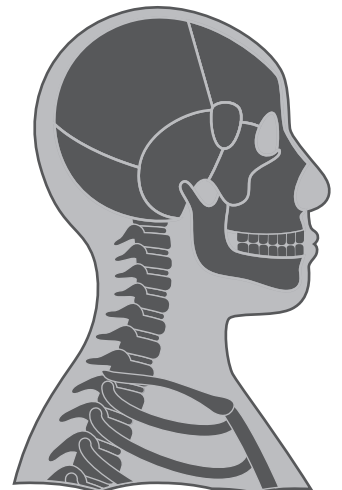
kiri



kanan - kiri



kanan - kiri



kanan - kiri

- 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

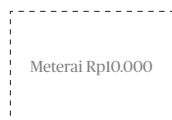
Dengan ini saya menyatakan bahwa/I state that :

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 Indonesia sehubungan 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



Tandatangan & Nama/Signature & Name