

A. DATA PENGAJUAN KLAIM

Jenis Klaim: ☐ Meninggal Dunia ☐ Penyakit Kritis ☐ Cacat Total dan Tetap ☐ Waiver

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

Nama:
Kartu Identitas: ☐ KTP ☐ SIM ☐ Paspor ☐ Lainnya, :
Jenis Kelamin: ☐ Laki-laki ☐ Perempuan
Alamat:
Kota: Kode Pos:
Telepon Rumah:
Handphone:
Hubungan dengan Tertanggung/Peserta:
Email:
Pekerjaan:
Jabatan: ☐ Staff ☐ Supervisor ☐ Manager ☐ Kepala Divisi ☐ Pemilik ☐ Direktur ☐ Lainnya, sebutkan:
Bidang Usaha:
Apakah Penerima Manfaat merupakan pejabat pemerintah atau pengurus partai politik atau orang terekspos politik (PEP): ☐ Ya ☐ Tidak Jika Ya, mohon sebutkan nama dan jabatan :
Data Rekening* (apabila klaim disetujui): _____ Nama Pemilik Rekening: _____ Nama Bank: _____ Nomor Rekening: _____ *Pemegang Polis/Penerima Manfaat/Ahli Waris

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 :

Nama Tertanggung/Peserta:
Kartu Identitas: ☐ KTP ☐ SIM ☐ Paspor ☐ Lainnya, :
Nomor Kartu Identitas:
Nomor Polis:
No Induk Karyawan *jika peserta termasuk dalam GTL:

B. PENYEBAB TERJADINYA KLAIM

☐ KLAIM MENINGGAL DUNIA Tempat meninggal: Tanggal meninggal: __/__/__ (dd/mm/yy) Penyebab meninggal dunia: Kronologis meninggal dunia:
☐ CACAT TOTAL DAN TETAP Penyebab: ☐ Penyakit , Tanggal diagnosis : __/__/__ (dd/mm/yy) ☐ Kecelakaan , Tanggal kecelakaan : __/__/__ (dd/mm/yy) Gambaran singkat dan jelas mengenai kejadian/gejalanya:
☐ KLAIM PENYAKIT KRITIS Tanggal diagnosis : __/__/__ (dd/mm/yy) Penyebab : Gambaran singkat dan jelas mengenai kejadian/gejalanya:

Apakah sebelum meninggal, Tertanggung mendapatkan perawatan di Rumah Sakit/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 atau Peserta memiliki asuransi lain?

☐ Tidak ☐ Ya, mohon melengkapi tabel di bawah ini:

Nama Perusahaan	Nomor Polis	Uang Pertanggungan

BILA KLAIM DIAJUKAN OLEH PEMEGANG POLIS DAN/ATAU TERTANGGUNG

- Saya memahami bahwa saya memiliki kewajiban untuk bertindak dengan itikad terbaik (*utmost good faith*) dalam (i) pengajuan permohonan asuransi, permohonan Pemulihan Polis, permohonan perubahan Polis, dan/atau permohonan lainnya terkait Polis (yang mana yang sesuai dengan keadaannya); dan (ii) pengajuan klaim Manfaat Asuransi ("**Pemohonan Konsumen**"). Oleh karena itu, Saya memahami bahwa Saya wajib, dan telah mengungkapkan secara benar dan lengkap semua fakta material, yaitu data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan fakta yang dapat mempengaruhi pertimbangan PT Chubb Life Insurance Indonesia dalam menerima atau menolak suatu Permohonan Konsumen dan/atau menetapkan jumlah Premi.
- Saya menyatakan dan menjamin bahwa semua data, informasi, jawaban, keterangan, pernyataan dan/atau fakta yang Saya berikan ("**Informasi Konsumen**") dalam Proposal Pengajuan Asuransi Jiwa ("PPAJ")/Formulir Pengajuan Asuransi Jiwa ("FPAJ"), Formulir Pengajuan Pemulihan Polis, Formulir Pengajuan Perubahan Data Polis, Formulir Pengajuan Klaim Asuransi Kesehatan/Formulir Pengajuan Klaim Asuransi Jiwa, serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh PT Chubb Life Insurance Indonesia ("**Dokumen Permohonan**") sebagai bagian dari pengajuan Permohonan Konsumen adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada Informasi Konsumen yang Saya sembunyikan, baik dengan sengaja maupun tidak sengaja.
- Apabila Informasi Konsumen tersebut dalam butir (2) ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat Informasi Konsumen yang Saya sembunyikan, dengan menandatangani Formulir Klaim Asuransi Kesehatan ini, Saya SEPAKAT DAN MENYETUJUI jika PT Chubb Life Insurance Indonesia melakukan hal-hal berikut ini:
 - Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
 - Membatalkan Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada asuransi/Pertanggungan Tambahan/Polis Tambahan), dengan pengembalian Premi (atau Biaya Asuransi dari Asuransi/Pertanggungan Tambahan, sebagaimana relevan) yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan biaya internal pemeriksaan kesehatan (jika ada), Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan (jika ada) dan biaya-biaya yang timbul pada saat penerbitan Polis (jika ada);
 - Mengakhiri Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada asuransi/Pertanggungan Tambahan), tanpa kewajiban untuk mengembalikan Premi dan/atau Biaya Asuransi, apabila terdapat unsur penipuan, pemalsuan, atau kesalahan yang disengaja dalam pemberian setiap Informasi Konsumen yang tercantum dalam Dokumen Permohonan, atau apabila terdapat penyembunyian suatu Informasi Konsumen yang sebenarnya dalam Dokumen Permohonan. Atas pengakhiran tersebut, Saya juga menyetujui bahwa PT Chubb Life Insurance Indonesia hanya akan membayarkan Nilai Tunai/Nilai Investasi (khusus untuk Produk Asuransi Yang Dikaitkan Dengan Investasi), jika ada.
 - Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan dalam Polis (baik Polis Dasar dan/atau setiap Asuransi/ Pertanggungan/Polis Tambahan), termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan, menyesuaikan uang pertanggungan, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
 - Menagih kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), jumlah Premi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. PT Chubb Life Insurance Indonesia juga berhak untuk melakukan perjumpaan (*set-off*) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan Nilai Tunai/Nilai Investasi yang ada dalam Polis Saya dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan. Atas hal tersebut, Saya wajib membayarkan (jika ada) kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi.
- Sehubungan dengan klausul pembatalan atau pengakhiran Polis sebagaimana disebutkan di atas, Saya dengan ini menegaskan bahwa:
 - Penandatanganan Formulir Klaim ini oleh Saya merupakan bentuk persetujuan atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh PT Chubb Life Insurance Indonesia jika terjadi hal-hal yang dimaksud dalam butir 3; dan
 - Saya setuju untuk mengesampingkan ketentuan Pasal 1266 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata dan/atau ketentuan peraturan perundang-undangan lainnya yang mensyaratkan pengakhiran atau pembatalan Polis harus dilakukan berdasarkan putusan pengadilan.

Ditandatangani di _____, tanggal ____, bulan _____ 20__

Tanda Tangan dan Nama Jelas

BILA KLAIM DIAJUKAN OLEH PENERIMA MANFAAT ATAU PIHAK LAIN YANG TIDAK PERNAH MENANDATANGANI PPAJ/FPAJ

1. Saya menyatakan dan memahami bahwa sebagai bagian dari proses Permohonan Pengajuan Asuransi/Pemulihan Polis/Perubahan Data Polis dan keberlangsungan Polis, Pemegang Polis, Tertanggung, Pembayar Premi dan/atau pihak terkait lainnya telah memberikan data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan/atau fakta kepada PT Chubb Life Insurance Indonesia, sebagaimana tercantum dalam PPAJ/FPAJ, Formulir Pengajuan Pemulihan Polis, Formulir Pengajuan Perubahan Data Polis serta setiap formulir dan dokumen lainnya (termasuk setiap dokumen atau formulir yang diberikan kepada PT Chubb Life Insurance Indonesia setelah berlakunya Polis) ("**Dokumen Permohonan**"), yang mana yang sesuai dengan keadaan (seluruhnya disebut sebagai "**Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya**").
2. Saya dengan ini menyatakan bahwa Saya tidak berhak dan tidak akan membantah, menyanggah, mempertanyakan dan/atau mempermasalahkan kebenaran Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya. Saya juga menyatakan bahwa Saya menerima seluruh ketentuan Polis (termasuk Endorsemen, jika ada).
3. Saya menyatakan dan menjamin bahwa semua data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan/atau fakta yang Saya berikan dalam Formulir Klaim ini, serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh PT Chubb Life Insurance Indonesia sebagai bagian dari pengajuan permohonan klaim Manfaat Asuransi ("**Informasi Konsumen**"), adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada Informasi Konsumen yang Saya sembunyikan.
4. Apabila sebagian atau seluruh (i) Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya; dan/atau (ii) Informasi Konsumen ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat Informasi Konsumen yang Saya sembunyikan, dengan menandatangani Formulir Klaim ini, Saya SEPAKAT DAN MENYETUJUI jika PT Chubb Life Insurance Indonesia melakukan hal-hal berikut ini:
 - a. Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
 - b. Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), dan menyesuaikan uang pertanggungan, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
 - c. Menagih kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), jumlah Premi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. PT Chubb Life Insurance Indonesia juga berhak untuk melakukan perjumpaan (*set-off*) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan Nilai Tunai/Nilai Investasi yang ada dalam Polis dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan.

Ditandatangani di _____, tanggal _____, bulan _____ 20 _____

Tanda Tangan dan Nama Jelas

Formulir Keterangan Dokter - Klaim Penyakit Kritis

Critical Illness Claim - Doctor's Statement Form

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**

Nama Pasien: Name of Patient	Jenis Kelamin: Gender	☐ Perempuan Female
Tanggal Lahir: DOB		☐ Laki-laki male

INFORMASI KESEHATAN / HEALTH INFORMATION**

Nama Rumah Sakit/Klinik: Name of Hospital/Clinic	Nomor RM: Medical Record No	
Tanggal Perawatan: Date of Hospitalisation	Jenis Perawatan: Type of Service	
___ / ___ / ___ s/d ___ / ___ / ___ (dd/mm/year) until	☐ Rawat jalan Outpatient ☐ Rawat inap Inpatient	
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: Indication for Hospitalization ☐ Terapi Therapeutic ☐ Diagnostik Diagnostic ☐ Isolasi Isolation ☐ APS/Lainnya, _____ 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: Patient's condition when discharged ☐ Sembuh Recover ☐ Meninggal Death ☐ Lainnya, : 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 Psikomatis / Psychosomatic Disorder ☐ Kosmetik atau Estetika / Cosmetic or Aesthetic ☐ Penyakit Hubungan Sexual / Sexual Transmitted ☐ Tumbuh Kembang / Growth Disorder ☐ Alkohol/penyalahgunaan obat / Alcohol/drug abuse ☐ Disease Kehamilan / Pregnancy ☐ Percobaan bunuh diri/melukai diri / Suicide attempt/injuring themselves ☐ Kecelakaan / Accident ☐ Ketidaksuaburan / 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 semua keterangan yang Saya buat dalam Formulir Keterangan Dokter ini adalah benar, sesuai dengan yang Saya ketahui berdasarkan Catatan Rekam Medis Pasien dan menghormati Sumpah Profesi.
I hereby certify that all statements made in this Doctor's Statement Form are true and correct to the best of my knowledge, based on the Patient's Medical Records, and made in good faith accordance with Hippocratic Oath.

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/find 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 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's 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 Klaim 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, bulan, tahun
Place, Date, Month, Year

Pemberi Pernyataan/The Principal



Tandatangan & Nama/Signature & Name