



FORMULIR KLAIM KEMATIAN - ASURANSI KUMPULAN

- Semua pertanyaan pada Formulir Klaim & Surat Keterangan Dokter harus diisi dengan benar, lengkap dan jelas tanpa pembebanan kepada PT. Asuransi Jiwa Generali Indonesia. / All questions in this claim form & Attending Physician's Statement should be answered correctly, completely & clearly, without any charge to PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia.
- Dokumen & Hasil-hasil pemeriksaan penunjang, wajib dilampirkan. / Documents & Supporting examinations/tests, should be attached.
- Berkas yang diajukan harus dokumen asli / legalisir oleh pihak berwenang / legalisir oleh Staf Klaim Pusat / Submitted document must be original / verified by Public Representative / verified by our Head Office's Claim Staff.
- Berkas yang diperlukan / documents required
 1. Formulir Klaim Kematian / [Death Claim Form](#).
 2. Surat Keterangan Dokter / [Attending Physician's Statement](#).
 3. Surat Keterangan Kematian dari Instansi yang berwenang / [Certification Letter of Death from the competent authority / agency](#).
 4. Surat Keterangan dari Kepolisian bila meninggal disebabkan oleh sebab yang tidak wajar / [Certification Letter from Police if the death is caused by unnatural cause](#).
 5. Bukti diri peserta / [Identity Card of the Participant](#).

Nomor Polis / [Policy Number](#) :

--	--	--	--	--	--	--	--

 Nama Pemegang Polis / [Name of the Policyholder](#) : _____
 Nama Karyawan / [Name of Employee](#) : _____
 Nomor Sertifikat karyawan / [Number Employee Certificate](#) : _____

Nama Pasien / Name of the Patient	:	
No. Sertifikat Pasien / Number of Patient Certificate	:	
Tanggal Lahir / Date of Birth	:	(Tgl bln thn / dd mm yyyy)
Jenis Kelamin / Sex	:	☐ Laki-Laki / Male ☐ Perempuan / Female
Hub. dgn. Karyawan / Relation with the Employee	:	☐ Anak / Child ☐ Istri / Wife ☐ Suami / Husband
		☐ Diri Sendiri / Self the Insured ☐ Lain-lain / Others

[illegible]

Apakah pasien diasuransikan di perusahaan asuransi lain ? / Is the patient Insured by other Insurance companies?
: ☐ Ya / Yes ☐ Tidak / No
Nama Perusahaan Asuransi / Name of : _____ Nomor Polis / Policy : _____

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. Saya juga memahami bahwa jawaban dan keterangan tersebut di atas menjadi dasar Pertanggungan dan tidak terpisahkan dari Polis yang diminta. Dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan atau Organisasi lainnya, yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan, untuk memberitahukan kepada PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan saya baik selama saya hidup atau telah meninggal. Copy dari Surat Kuasa ini sama kuat dan sah seperti aslinya

I declare that I have read, understood and answered all the questions above completely and correctly. I also understand that all the answers and information above will be inseparable part of the policy I apply for. I hereby authorize any physician, clinic, hospital, public health center, insurance company, legal institution, personal or other organizations that has any records or information on me and my health whether I am still alive or dead to give them to PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia or its authorized institution. A photographic copy of this statement, should be as valid and legal as the original.

PEMEGANG POLIS / POLICY HOLDER

Tandatangan, Nama & Cap /Signature, Name & Stamp

SURAT KETERANGAN DOKTER / ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT

Nama pasien / Name of the Patient	
Apakah pasien dirawat inap? Did the patient hospitalize?	☐ Ya, indikasi rawat inap / Yes, indication of hospitalization ☐ Tidak, apakah pasien mendapat perawatan di ruang gawat darurat? No, did patient have emergency treatment? ☐ Ya / Yes - Masuk UGD, pukul / Admitted to ER, time : : - Keluar UGD, pukul / Discharge from ER, time : : - Tindakan yang dilakukan / Actions that done : ☐ Tidak / No
Tanggal perawatan / Date of hospitalization	(Tgl bln thn / dd mm yyyy)
Gejala pada saat masuk RS Symptoms upon hospitalization	
Tanggal gejala pertama kali diketahui The date of first symptoms	(Tgl bln thn / dd mm yyyy)
Pertama kali berobat untuk penyakit tersebut / First medical treatment related to the illness : a. Tanggal / Date b. Nama dokter / Name of the Doctor c. Alamat / Address	(Tgl bln thn / dd mm yyyy)
Anamnesa : Riwayat Penyakit History of the disease	
Tanggal pertama kali konsultasi Date of first consultation	(Tgl bln thn / dd mm yyyy)
Nama dan alamat dokter yang merujuk Name and address of referral Doctor	
Jenis serta hasil pemeriksaan fisik, lab, rontgen, CT scan, hasil PA dll yg dilakukan Physical examination result, (lab X-ray. CT scan, Clinical Pathology Result, etc	
Diagnosa, atau dugaan diagnosa Diagnose or Pre diagnose	
Penyebab Kematian Cause of Death	
Tanggal pertama kali diketahui penyebab kematian tersebut / the date of cause of death	(Tgl bln thn / dd mm yyyy)
Terapi atau Tindakan Therapy or Treatment	
Diagnosa di atas berhubungan dengan The diagnose above is related to	- Kelainan Bawaan Sejak Lahir / Congenital Anomaly ☐ Ya / Yes ☐ Tidak / No - Penyakit Kejiwaan / Psychology ☐ Ya / Yes ☐ Tidak / No - Kelainan Tumbuh Kembang / Development Disorder ☐ Ya / Yes ☐ Tidak / No - Kehamilan / Pregnancy ☐ Ya / Yes ☐ Tidak / No - Kecelakaan / Accident ☐ Ya / Yes ☐ Tidak / No - Apakah pasien pernah konsultasi / dirawat sebelumnya ? Has patient ever been consulted / hospitalized before ? ☐ Ya / Yes ☐ Tidak / No Jika "Ya", jawab pertanyaan a, b, & c / If "Yes", please answer a, b & c : a. Tanggal / Date : b. Diagnosa / Diagnose : c. Nama Dokter / Name of Doctor : d. Nama Rumah Sakit / Name of Hospital :

Saya, sebagai dokter yang merawat pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. *I, as a doctor who treat the patient, certify i have read and answered the above questions completely and correctly.*

a. Nama Dokter */Name of Doctor* : _____

b. Nama Rumah Sakit */Name of Hospital* : _____

c. Alamat Rumah Sakit */Address of Hospital* : _____

Cap Rumah Sakit Stamp of Hospital

KK/Kumpulan/03-09/2#2