



FORMULIR KLAIM SANTUNAN PENYAKIT KRITIS

PT AIA FINANCIAL merupakan perusahaan asuransi jiwa terkemuka yang terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

PETUNJUK - PETUNJUK

- Formulir Klaim ini hanya berlaku untuk satu orang pasien saja dan harus dilengkapi dan ditandatangani oleh Tertanggung/Peserta dan/ atau Pemegang Polis atau apabila pasien adalah anak di bawah umur maka harus dilengkapi dan ditandatangani oleh Tertanggung/ Peserta dan/atau Pemegang Polis selaku orang tua dan Dokter yang merawat. Jika tidak lengkap, dokumen akan dikembalikan dan proses klaim belum dapat dilanjutkan.
- Semua harus dilampirkan pada Formulir Klaim ini termasuk :
 - Foto copy identitas diri .
 - Surat kuasa pemberian data medis .
- Semua klaim harus diserahkan ke **PT AIA FINANCIAL** dalam waktu 30 (tiga puluh) hari setelah perawatan.

BAG. 1 DIISI OLEH YANG MENGAJUKAN KLAIM

No. Polis										Jenis kelamin: <input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita	
Nama Tertanggung					Nama Pemegang Polis					Tanggal lahir: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
No. Identitas : (KTP/Paspor/SIM)											
Telepon Selular				-				Email			

Apabila disebabkan karena kecelakaan, mohon sebutkan tanggal terjadinya kecelakaan tersebut? (DD/MM/YY) dan jelaskan kronologis terjadinya kecelakaan (termasuk waktu dan lokasi kejadian).

Pernyataan dan Kuasa

- Semua keterangan yang diberikan di dalam Formulir Klaim ini adalah lengkap dan sesuai dengan keadaan sebenarnya dan tidak ada keterangan maupun hal-hal lainnya yang Saya sembunyikan maupun dipalsukan.
- Apakah hukum dan/atau kerugian yang timbul karena ditandatanganinya Formulir Klaim ini dalam keadaan kosong atau belum terisi lengkap menjadi tanggung jawab Saya sepenuhnya.
- Pilihan pengajuan klaim Manfaat Rawat Inap dan/atau Manfaat Rawat Jalan yang Saya tentukan dalam Formulir Klaim ini merupakan pilihan Saya secara sadar sepenuhnya dan Saya telah membaca dan memahami pernyataan dalam Formulir Klaim ini sehingga Saya menandatangani Formulir Klaim ini secara bertanggungjawab. Apabila Saya memberikan keterangan yang tidak benar atau palsu dalam Formulir Klaim ini atau memanipulasi dokumen atau mengajukan double claim kepada perusahaan atau perusahaan asuransi lain atau pun hal-hal lainnya yang bertentangan dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku, maka Saya bersedia menerima konsekuensi dari PT AIA FINANCIAL termasuk pengakhiran polis PT AIA FINANCIAL ("Polis") Saya, mengembalikan pembayaran klaim yang sudah dibayarkan oleh PT AIA FINANCIAL kepada Saya dan/atau PT AIA FINANCIAL berhak meneruskan kasus ini kepada pihak yang berwajib/berwenang.
- Apabila Pemegang Polis memilih mengajukan klaim Manfaat Rawat Inap dan/atau Manfaat Rawat Jalan di perusahaan atau perusahaan asuransi lain maka pembayaran klaim dari PT AIA FINANCIAL tidak dapat melebihi dari jumlah biaya yang dikeluarkan oleh Pemegang Polis atas klaim tersebut.
- Pengajuan klaim dapat dilakukan dengan menggunakan penyampaian dokumen secara elektronik yang ditentukan oleh PT AIA FINANCIAL. Saya wajib menyimpan dokumen pendukung klaim asli yang disampaikan kepada PT AIA FINANCIAL secara elektronik dan mengirimkan kepada PT AIA FINANCIAL selambat-lambatnya 3 (tiga) bulan sejak tanggal pengajuan klaim Saya. Apabila Saya tidak menyerahkan dokumen pendukung klaim asli tersebut dalam jangka waktu 3 (tiga) bulan, maka Saya berkewajiban mengembalikan klaim yang sudah dibayarkan dan Polis Saya berakhir. Ketentuan mengenai pengakhiran Polis akan dilakukan sesuai dengan ketentuan Polis yang berlaku.

PERMINTAAN PEMBAYARAN MANFAAT ASURANSI

Apabila klaim disetujui, pembayaran akan ditransfer ke :

Mata uang	<input type="checkbox"/> Rupiah <input type="checkbox"/> USD
Nama Pemilik Rekening	<input type="text"/>
Nomor Rekening	<input type="text"/>
Tujuan atau alasan (Jika pembayaran tidak ke Tertanggung/Peserta/Pemegang Polis)	<input type="text"/>
Hubungan dengan Tertanggung/Peserta/Pemegang Polis	<input type="text"/>

* Pembayaran harus ditujukan kepada Yang Ditunjuk / Yang Dikuasakan. Jika tidak, mohon Yang Ditunjuk / Yang Dikuasakan tanda tangan diatas materai dengan mengisi tujuan / alasannya.

* Pembayaran Manfaat Polis selain Manfaat Meninggal bagi nasabah CITIBANK, akan ditransfer ke rekening sebagaimana tercantum dalam SPAJ/ SKDR. Saya/ Kami dengan ini memberikan kuasa dan wewenang kepada PT AIA FINANCIAL untuk meminta kepada dan/atau mendapatkan setiap dan segala catatan riwayat kesehatan, Penyakit, perawatan atau informasi lain mengenai diri Tertanggung/Peserta ("Informasi") dari Dokter/Paramedis /Petugas Administrasi Rumah Sakit/Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas and/atau Laboratorium, perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi, badan, instansi/lembaga atau pihak lain ("Pemberi Informasi") yang mempunyai Informasi untuk keperluan pengajuan asuransi jiwa, perubahan polis, pemrosesan klaim, investigasi, administrasi polis, analisa data dan/atau penyediaan layanan nasabah ("Tujuan"). Saya/Kami memberikan kuasa dan wewenang kepada setiap Pemberi Informasi yang mempunyai Informasi untuk memberikan Informasi kepada PT AIA FINANCIAL dalam rangka Tujuan. Pemberian kuasa ini tidak dapat ditarik kembali atau dibatalkan termasuk karena sebab-sebab yang disebutkan dalam Pasal 1813, Pasal 1814 dan Pasal 1816 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata Indonesia. Salinan/fotokopi dari kuasa ini memiliki kekuatan hukum yang sama dan mengikat sesuai dengan aslinya. Saya/Kami dengan ini menyatakan bahwa segala dokumen kelengkapan untuk persyaratan klaim menjadi hak PT AIA FINANCIAL sejak diserahkan kepada PT AIA FINANCIAL untuk pengajuan klaim ini.

tanggal (dd) / bulan (mm) / tahun (yy)	Tandatangan Tertanggung/Peserta	Tandatangan Pemegang Polis
--	---------------------------------	----------------------------

**BAG. 2 DIISI OLEH DOKTER YANG MEMERIKSA**

Kepada Dokter Yth,
Untuk memproses klaim nasabah kami, mohon untuk mengisi bagian dibawah ini. Terima kasih

1. Nama Peserta/ Tertanggung
2. Tanggal lahir : / / No. Polis
3. Tanggal pelayanan (tgl/bln/thn) : / / s/d / / Lama perawatan : hari
4. No registrasi pasien/ RM :
5. Nama Rumah Sakit/Klinik:
6. Anamnesa :
7. Kapan pertama kali pasien datang untuk berkonsultasi dengan Saudara mengenai keadaannya? / /
8. Pemeriksaan penunjang :
- 9 Diagnosa: ICD 10:
10. Tanggal diagnosa ditegakan : (tgl/bln/thn) / /
11. Jenis Pembedahan:
- 12 Tanggal Pembedahan dilakukan (tgl/bln/thn) / /
- 13 Penyakit berhubungan dengan: (Contreng salah 1)
 Kosmetik Kesuburan Kongenital
 Psikis/psikosomatis Penyalahgunaan obat/alkohol HIV/AIDS
 Percobaan bunuh diri /mencederai diri sendiri Penyakit menular seksual Lainnya, sebutkan

Bagian I : SISTEM ORGAN JANTUNG & PEMBULUH DARAH**Tanpa Tindakan Bedah**

Terjadinya salah satu dari keadaan berikut ini:

- (i) Hasil pemeriksaan Ekokardiogram menunjukkan fraksi ejeksi jantung kurang dari atau sama dengan 30% ? Ya/ Tidak
- (ii) Gangguan jantung setidaknya kelas IV dari Klasifikasi New York Heart Association (NYHA) Ya/ Tidak
- (iii) Gangguan jantung pada Tahap D dari Klasifikasi tahapan gagal jantung sesuai American College of Cardiology Foundation/American Heart Association (ACCF/AHA) ? Ya/ Tidak

Bagian II : SISTEM ORGAN PERNAPASAN**Tanpa Tindakan Bedah**

- (i) Penyakit paru kronis yang parah dan tidak dapat dipulihkan disertai dispnea saat istirahat Ya/ Tidak
- (ii) Tes fungsi paru secara konsisten menunjukkan FEV1 kurang dari atau sama dengan 30% dari nilai FEV1 yang diprediksi dan analisis gas darah arteri dengan tekanan oksigen parsial 55mmHg atau kurang (PaO2 55mmHg); membutuhkan terapi oksigen tambahan permanen sesuai pedoman pengobatan standar untuk gagal napas. Ya/ Tidak

Bagian III : SISTEM ORGAN GINJAL**Tanpa Tindakan Bedah**

Gangguan fungsi ginjal yang parah dan tidak dapat dipulihkan yang membutuhkan dialisis ginjal permanen atau transplantasi ginjal. Ya/ Tidak



Bagian IV : SISTEM ORGAN SYARAF

Tanpa Tindakan Bedah

Terjadinya salah satu dari keadaan berikut ini:

- (i) Diagnosis Penyakit neuro-muskular yang mengakibatkan kelemahan otot yang signifikan dan ketidakmampuan permanen untuk melakukan 3 dari 6 Kegiatan Hidup sehari-hari. Ya/ Tidak
Kondisi permanen tersebut harus didiagnosis dalam kurun waktu paling sedikit 6 bulan. Ya/ Tidak
- (ii) Koma yang membutuhkan penggunaan sistem pendukung kehidupan dan berlangsung terus menerus selama minimal 96 jam dan mengakibatkan defisit neurologis permanen. Ya/ Tidak
Kondisi permanen tersebut harus didiagnosis dalam kurun waktu paling sedikit 6 bulan. Ya/ Tidak
- (iii) Diagnosis demensia berat yang disebabkan oleh penyakit Alzheimer atau penyakit organik ireversibel dengan Clinical Dementia Rating 3 dan didukung oleh skor Mini Mental State Examination ("MMSE") 17 atau kurang (dari 30) atau dinilai dengan 2 (dua) tes neuropsikometri yang dilakukan dalam 6 bulan terpisah dengan serangkaian tes yang dengan jelas menentukan tingkat keparahan gangguan tersebut Ya/ Tidak

Bagian V : SISTEM INDERA

Tanpa Tindakan Bedah

Terjadinya salah satu dari keadaan berikut ini:

- (i) Kehilangan penglihatan permanen dan tidak dapat dipulihkan di kedua mata sebagai akibat dari Penyakit atau Kecelakaan dan ketika diuji dengan alat bantu visual menggunakan grafik mata Snellen atau tes lain yang setara, hasil penglihatan 3/60 atau lebih buruk pada kedua mata, atau bidang visual 20 derajat atau kurang di kedua mata Ya/ Tidak
Apakah kondisi permanen tersebut didiagnosis dalam kurun waktu paling sedikit 6 bulan? Ya/ Tidak
Apakah ada perangkat atau implan dapat mengakibatkan pemulihan sebagian atau keseluruhan kemampuan penglihatan? Ya/ Tidak
Kebutaan harus dikonfirmasi oleh dokter mata.
- (ii) Kehilangan pendengaran permanen dan tidak dapat dipulihkan sekurang-kurangnya 90 desibel pada semua frekuensi pendengaran di kedua telinga sebagai akibat dari Penyakit atau Kecelakaan. Ya/ Tidak
Apakah kondisi permanen tersebut didiagnosis dalam kurun waktu paling sedikit 6 bulan. Ya/ Tidak
Apakah ada perangkat atau implan dapat mengakibatkan pemulihan sebagian atau keseluruhan kemampuan pendengaran Ya/ Tidak
Bukti medis berupa tes audiometri dan ambang batas suara harus disediakan dan disahkan oleh dokter spesialis Telinga, Hidung, dan Tenggorokan (THT).
- (iii) Hilangnya kemampuan berbicara secara total dan tidak dapat dipulihkan akibat cedera atau penyakit pada pita suara. Ya/ Tidak
Ketidakmampuan untuk berbicara harus ditetapkan untuk jangka waktu 12 bulan terus menerus Ya/ Tidak
Apakah ada perangkat atau implan dapat mengakibatkan pemulihan sebagian atau keseluruhan kemampuan bicara Ya/ Tidak
Diagnosis ini harus didukung oleh bukti medis yang diberikan oleh dokter spesialis Telinga, Hidung, Tenggorokan (THT).

Bagian VI : SISTEM ORGAN HATI DAN LIVER

Tanpa Tindakan Bedah

- (i) Apakah kondisi tertanggung telah memenuhi skor Child-Pugh Kelas C dan MELD minimal 19 Ya/ Tidak
- (ii) Apakah penyakit tertanggung disebabkan oleh Penyakit hati sekunder akibat alkohol atau penyalahgunaan obat-obatan Ya/ Tidak

Bagian VII : KETIDAKMAMPUAN

Tanpa Tindakan Bedah

Kecelakaan atau sakit yang mengakibatkan salah satu dari kondisi berikut terpenuhi:

- (i) Jika Pihak Yang Diasuransikan berusia di bawah 16 tahun pada saat Kecelakaan atau sakit dimana mengakibatkan cacat fisik permanen dan tidak dapat dipulihkan Ya/ Tidak
Apakah Tertanggung membutuhkan Perawatan medis di fasilitas medis khusus sepanjang hidup nya Ya/ Tidak
Kondisi permanen tersebut didiagnosis dalam kurun waktu paling sedikit 6 bulan. Ya/ Tidak
- (ii) Jika Pihak Yang Diasuransikan berusia 16 tahun atau lebih pada saat Kecelakaan atau sakit dimana kondisi tersebut harus menyebabkan ketidakmampuan permanen Ya/ Tidak
Apakah Tertanggung tidak dapat melakukan setidaknya 3 dari 6 Kegiatan Hidup Sehari-hari tanpa bantuan orang lain Ya/ Tidak
Kondisi permanen tersebut harus didiagnosis dalam kurun waktu paling sedikit 6 bulan Ya/ Tidak
- (iii) Kehilangan seluruhnya dan secara permanen penggunaan kedua lengan atau kedua kaki, atau satu lengan dan satu kaki, dan kelumpuhan tersebut berlangsung selama setidaknya 6 bulan sejak tanggal Kecelakaan atau Penyakit. Ya/ Tidak
- (iv) Luka bakar derajat ketiga atau ketebalan penuh yang menutupi setidaknya 20% dari luas permukaan tubuh yang diukur dengan The Rule of Nines and Browder Body Surface Chart Ya/ Tidak

Bagian VIII : KANKER (CANCER)

- a. Apakah Diagnosis Penyakitnya?
- b. Berapakah stadiumnya?
- c. Apakah ada penyebaran? Ya/ Tidak
Bila YA, jelaskan area penyebaran
- d. Apakah hasil pemeriksaan histopatologisnya?.....
- e. Apakah termasuk Carcinoma in-situ : Ya/ Tidak
- f. Apakah termasuk CIN (Cervical Intraepithelial Neoplasia) I, II, III? Ya/ Tidak
- g. Apakah termasuk lesi intraepitel skuamosa (HSIL dan LSIL)? Ya/ Tidak
- h. Apakah Diagnosis tersebut timbul akibat infeksi HIV? Ya/ Tidak
Diisi HANYA jika Diagnosis adalah Kanker pada Kulit, Prostat, Tiroid, Kandung Kemih atau Leukemia Limfositik Kronis
- i. Untuk semua Kanker Kulit, termasuk Melanoma Malignant, apakah terbatas pada kulit dan tidak menimbulkan metastasis ke limfa node? Ya/ Tidak
- ii. Untuk Kanker Prostat, Tiroid dan Kandung Kemih, apakah secara histologis tumor diklasifikasikan T1N0M0 ? Ya/ Tidak
- iii. Untuk Tumor Stroma Gastro-Intestinal, apakah di klasifikasikan sebagai Stadium 1 atau IA atau dibawahnya? Ya/ Tidak
- iv. Untuk Leukemia Limfositik Kronis, apakah diklasifikasikan kurang dari stadium 3 RA1? Ya/ Tidak

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)



Bagian IX : SERANGAN JANTUNG

- a. Apakah Diagnosis Penyakitnya?
- b. Apakah didukung oleh kriteria sebagai berikut:
- Riwayat nyeri dada yang khas Ya/ Tidak
 - Perubahan elektrokardiografi yang baru terjadi yaitu ST elevasi atau ST depresi, T inversi, Q patologis atau left bundle branch block; Ya/ Tidak
 - Adanya peningkatan biomarker jantung, termasuk CKMB di atas tingkat normal yang diterima secara umum atau Troponin T atau I Jantung pada 0,5ng/ml ke atas; Ya/ Tidak
 - Bukti pemeriksaan adanya kehilangan kekuatan miokardium yang baru atau adanya kelainan gerakan dinding Ya/ Tidak

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

Bagian X : Stroke

- a. Apakah Diagnosis Penyakitnya?
- b. Apakah terdapat Bukti kerusakan neurologis permanen? Ya/ Tidak
Bila ya, berapa lama kondisi tersebut dialami?
- c. Apabila jawaban dari pertanyaan di atas ya maka :
- Apakah terdapat kehilangan fungsi motorik total dan permanen pada satu atau lebih anggota tubuh) Ya/ Tidak
 - Apakah terdapat kehilangan kemampuan berbicara secara permanen karena kerusakan pada pusat bicara di otak? Ya/ Tidak
 - Apakah terdapat Ketidakmampuan permanen untuk melakukan 3 dari 6 "aktivitas kehidupan sehari-hari" tanpa bantuan orang lain? Ya/ Tidak
- Tidak, Sebutkan jenis ketidakmampuan tersebut.....
- d. Apakah kondisi yang dialami termasuk Transient Ischaemic Attacks dan defisit neurologis iskemik reversibel? Ya/ Tidak
- e. Apakah termasuk Kerusakan otak akibat kecelakaan atau cedera luar, infeksi, vaskulitis, inflamasi penyakit dan migrain? Ya/ Tidak
- f. Apakah termasuk Penyakit vaskular yang menyerang mata atau saraf optik; dan gangguan iskemik pada sistem vestibular? Ya/ Tidak

(MOHON MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

RIWAYAT KESEHATAN

	Tanggal	Nama Penyakit	Nama & Alamat Dokter / Rumah Sakit/Klinik Yang Merawat
a.			
b.			
c.			

Saya menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Saya telah memeriksa Penyakit/luka yang diderita oleh pasien tersebut di bawah ini.
Saya menyatakan bahwa seluruh informasi di atas adalah benar menurut pengetahuan dan keyakinan Saya.

Nama Dokter:

SIP Dokter:

Alamat dan No telepon:

tanggal (dd) / bulan (mm) / tahun (yy)

Tanda Tangan & Stempel Nama Dokter/ Stempel Rumah Sakit/ Klinik