



We Love You!

FORMULIR KLAIM KEMATIAN - ASURANSI KUMPULAN DEATH CLAIM FORM - GROUP INSURANCE

- Semua pertanyaan pada Formulir Klaim & Surat Keterangan Dokter harus diisi dengan benar, lengkap dan jelas tanpa pembebanan kepada PT Lippo Life Assurance. / All questions in this claim form & Attending Physician's Statement should be answered correctly, completely & clearly, without any charge to PT Lippo Life Assurance.
- 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 _____

Telah Meninggal oleh karena / Cause of Death : Sakit / Illnes Kecelakaan / Accident Lain-lain / Others _____

Tanggal Meninggal / Date of Death : Jam / Hour :

Tempat Meinggal / Place of Death : Rumah / Home Rumah Sakit / Hospital Lain-lain / Others _____

Berikan gambaran secara singkat & jelas mengenai gejala / kejadiannya. Apabila kolom yang disediakan tidak mencukupi, tambahkan keterangan di lembar tersendiri. / Please describe short & clearly of symptoms / event. If the space not enough, please use another sheet.

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 Pertanggungjawaban 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 Lippo Life Assurance 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 Lippo Life Assurance or its authorized institution. A photographic copy of this statement, should be as valid and legal as the original.

CLM-GR01.1

PEMEGANG POLIS/ POLICY HOLDER

Tempat & Tanggal / Place & Date

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?	<input type="radio"/> Ya, indikasi rawat inap / Yes, indication of hospitalization <input type="radio"/> Tidak, apakah pasien mendapat perawatan di ruang gawat darurat? No, did patient have emergency treatment? <input type="radio"/> Ya / Yes		
	- Masuk UGD, pukul / Admitted to ER, time : <input type="text"/> : <input type="text"/> - Keluar UGD, pukul / Discharge from ER, time : <input type="text"/> : <input type="text"/> - Tindakan yang dilakukan / Actions that done : _____ _____ <input type="radio"/> Tidak / No		
Tanggal perawatan / Date of hospitalization	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Tgl bln thn / dd mm yyyy)		
Gejala pada saat masuk RS Symptoms upon hospitalization	_____		
Tanggal gejala pertama kali diketahui The date of first symptoms	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Tgl bln thn / dd mm yyyy)		
Pertama kali berobat untuk penyakit tersebut / First medical treatment related to the illness :	a. Tanggal / Date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Tgl bln thn / dd mm yyyy) b. Nama dokter / Name of the Doctor : _____ c. Alamat / Address : _____		
Anamnesa : Riwayat Penyakit History of the disease	_____		
Tanggal pertama kali konsultasi Date of first consultation	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (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 <input type="radio"/> Ya / Yes <input type="radio"/> Tidak / No - Penyakit Kejiwaan / Psychology <input type="radio"/> Ya / Yes <input type="radio"/> Tidak / No - Kelainan Tumbuh Kembang / Development Disorder <input type="radio"/> Ya / Yes <input type="radio"/> Tidak / No - Kehamilan / Pregnancy <input type="radio"/> Ya / Yes <input type="radio"/> Tidak / No - Kecelakaan / Accident <input type="radio"/> Ya / Yes <input type="radio"/> Tidak / No - Apakah pasien pernah konsultasi / dirawat sebelumnya ? Has patient ever been consulted / hospitalized before ? <input type="radio"/> Ya / Yes <input type="radio"/> Tidak / No Jika "Ya", jawab pertanyaan a, b, & c / If "Yes", please answer a, b & c : a. Tanggal / Date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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	: _____		
_____ Tempat & Tanggal Place & Date	_____ Tandatangan & Nama Dokter Signature & Name of Doctor	_____ Cap Rumah Sakit Stamp of Hospital	