

FORMULIR KLAIM CACAT TETAP TOTAL ATAU SEMENTARA

PENTING

Formulir ini harus dilengkapi oleh Pemegang Polis, diisi dengan jelas dan dikembalikan kepada Penanggung, disertai Surat Keterangan Dokter untuk Klaim Cacat Total dan Tetap yang telah diisi oleh Dokter yang merawat.

DATA PEMEGANG POLIS

Nomor Polis :

Nama Pemegang Polis :

DATA TERTANGGUNG

Nama Tertanggung :

Tanggal lahir /Usia :

Alamat& No. Telepon :

1. Pekerjaan (jenis pekerjaan yang dikerjakan dan tanggung jawabnya, sebelum terjadinya cacat dan setelah terjadinya cacat)

SEBELUM CACAT

SETELAH CACAT

2. Pendapatan rata – rata perbulan

Sebelum cacat :

Setelah cacat :

- 3a. Uraikan Aktifitas anda sehari-hari, setelah tidak bekerja lagi ?

- b. Alasan Anda tidak berkerja lagi ?

4 Penyebab kecacatan : Penyakit Tgl gejala mulai terjadi

Kecelakaan Tgl waktu kecelakaan Jam

5. Bila cacat disebabkan oleh kecelakaan, apakah telah dilaporkan ke pada pihak yang berwajib?

YA TIDAK

- a) Jika Tidak, alasannya

b) Jelaskan bagian tubuh yang luka dan jenis luka yang diderita

6. Bila cacat disebabkan oleh penyakit, jelaskan riwayat dan gejala awal penyakit?

7. Tanggal terakhir bekerja ?

DATA PERAWATAN

8. Nama dan alamat Dokter atau Spesialis yang pernah dikunjungi sehubungan kecacatan tsb.

Tanggal konsultasi	Dokter / Spesialis	Alamat

9. Bila pernah dirawat di rumah sakit, mohon diberikan rincian sbb :

Nama Rumah Sakit	Tanggal Mulai Perawatan	Tanggal Akhir Perawatan

KETERANGAN LAIN

A. Apakah Anda ditanggung untuk biaya cacat oleh perusahaan asuransi lain (bila ya, mohon lengkapi data dibawah ini)

	Nama Perusahaan Asuransi	Uang Pertanggungan	Asuransi Tambahan	Nomor Polis
a				
b				
c				

B. Mohon cantumkan nama, cabang serta nomor rekening dari Penerima Manfaat untuk memudahkan pembayaran JIKA KLAIM INI DISETUJUI (dalam huruf cetak)

Nomor Rekening :
Nama :
Nama Bank :
Cabang :

PERNYATAAN DAN KUASA

Saya menyatakan bahwa semua penjelasan diatas adalah lengkap dan benar. Saya memberi kuasa kepada dokter, rumah sakit, klinik, perusahaan asuransi, badan, lembaga atau pihak-pihak lain yang mempunyai catatan riwayat kesehatan saya /tertanggung, untuk mengungkapkan semua keterangan kesehatan saya /tertanggung kepada PT. ASURANSI JIWA MEGA INDONESIA sehubungan dengan pengajuan klaim asuransi jiwa ini.

Tempat dan Tanggal

Tandatangan

Formulir ini harus disertai syarat-syarat pengajuan klaim lainnya, yaitu :

- 1) Formulir Klaim Keterangan Dokter untuk klaim Cacat Total dan tetap
- 2) Resume medis dari dokter yang pernah merawat
- 3) Fotokopi seluruh hasil pemeriksaan Laboratorium dan Radiologi,
- 4) Surat Berita Acara kepolisian untuk cacat yang disebabkan oleh kecelakaan, dan melibatkan pihak kepolisian (asli)
- 5) Polis Asli

Dokumen-dokumen asli akan dikembalikan setelah dilegalisir oleh PT. ASURANSI JIWA MEGA INDONESIA

FORMULIR KLAIM CACAT TETAP TOTAL ATAU SEMENTARA

PENTING

- Untuk dilengkapi oleh dokter Pemeriksa/ dokter yang merawat
- Mohon lengkapi semua pertanyaan dan sertakan dengan dokumen pendukung seperti catatan Medis, hasil laboratorium/radiologi dan lain-lainnya. Lengkapi dengan tanggal & Tandatangan .

DATA PASIEN

Nama Pasien : _____
 Tempat Tgl Lahir / Usia : _____
 Jenis Kelamin : Laki-laki Wanita

DATA KESEHATAN

1. Tanggal Perawatan : _____
2. Tanggal terjadinya kecelakaan : _____
3. Anamnesa, Riwayat penyakit : _____

4 Tanggal gejala atau keluhan pertama kali diketahui oleh Pasien ?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
5 Tanggal Pertama kali konsultan ?	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
6 Nama dan alamat dokter yang merujuk	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
7 Jenis serta hasil pemeriksaan fisik, lab, rongent, CT –scan, hasil PA, dll yang dilakukan.	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
8 Diagnosa atau dugaan diagnosa	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
9 Tanggal pasien diberitahu/mengetahui adanya diagnosa tsb	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
10 Penyebab diagnosa tersebut	<hr/> <hr/> <hr/>
11 Tanggal pertama kali diketahui penyebab diagnosa Tersebut.	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
12. Terapi atau tindakan	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Saya, sebagai dokter yang merawat pasien tersebut diatas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar.

13. Akibat Kecelakaan tersebut, apakah Tertanggung Mengalami Ketidakmampuan Total :
Jika "Ya", apakah Tertanggung mengalami kehilangan / kehilangan fungsi atas :

YA <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Kedua lengan atau kedua tungkai (tidak termasuk tangan dan kaki)	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
1 lengan dan 1 tungkai (tidak termasuk tangan dan kaki)	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
1 lengan atau 1 tungkai	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
Penglihatan ke 2 mata	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
Penglihatan ke 1 mata	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
Pendengaran ke 2 telinga	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
Pendengaran ke 1 telinga	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
Kemampuan Bicara	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>

Jika "Tidak", mengalami Ketidakmampuan Total, apakah Tertanggung dapat melakukan kehidupan sehari-hari tanpa bantuan sepenuhnya dari alat mekanik atau orang lain :

Mandi	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
Makan	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
Berpakaian	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
Menggunakan toilet	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
Naik/turun dari tempat tidur	Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>

14 Mulai terjadi ketidakmampuan :

15 Apakah pasien pernah konsultasi / dirawat sebelumnya ?

Ya Tidak

s/d

- a. Tanggal
- b. Diagnosa
- c. Nama Dokter
- d. Nama Rumah Sakit

Nama Dokter : _____
 Rumah sakit / Klinik : _____
 Alamat Rumah Sakit / Klinik : _____

Tempat & Tanggal

Tandatangan/Nama Dokter & No. SIP Dokter

Cap Rumah Sakit / Klinik