

FORMULIR KLAIM KETIDAKMAMPUAN TETAP

Untuk Polis Group

(Dilengkapi oleh Tertanggung / Ahli Waris)

(Semua pertanyaan harap dijawab dengan lengkap dan benar, dan beri tanda ✓ pada pilihan yang sesuai)
 (Penulisan tanggal selalu menggunakan format tanggal-bulan-tahun)

1	Nomor Sertifikat:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																				
	Nama Pemegang Polis:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																				
	Nama Tertanggung:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																				
	Tempat Lahir Tertanggung:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																				
	Tanggal Lahir Tertanggung:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																				

2	Nama RS Tempat Perawatan:	
	Nomor Rekam Medis:	

Keterangan Pekerjaan	Sebelum Ketidakmampuan Tetap	Setelah Ketidakmampuan Tetap
Pekerjaan:		
Nama Perusahaan:		
Daftar Tugas/Aktivitas Sehari-hari:		

Catatan : Jika Tertanggung tidak bekerja, jelaskan aktivitas Tertanggung sehari-hari sebelum dan setelah terjadinya Ketidakmampuan Tetap

4	Apakah penyebab Ketidakmampuan Tetap?	<input type="checkbox"/>	Penyakit	<input type="checkbox"/>	Kecelakaan									
	Tanggal gejala penyakit timbul atau tanggal kecelakaan:	<table border="1" style="width: 10%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td></tr> </table>			-	<table border="1" style="width: 10%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td></tr> </table>			-	<table border="1" style="width: 20%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>				
	Jelaskan secara terperinci gejala-gejala penyakit atau cedera yang diderita:													

5	Apakah Tertanggung sekarang ini dapat melakukan aktivitas berikut ini tanpa dibantu oleh orang lain:					
	<input type="checkbox"/>	Memakai pakaian	<input type="checkbox"/>	Menggunakan toilet	<input type="checkbox"/>	Makan/minum
	<input type="checkbox"/>	Jalan sendiri	<input type="checkbox"/>	Bangun dari atau masuk ke tempat tidur	<input type="checkbox"/>	Duduk bangun dari posisi duduk

6 Tanggal Tertanggung mulai tidak masuk kerja:

		-			-				
		-			-				

Tanggal Tertanggung mulai bekerja kembali atau diharapkan sudah bekerja kembali:

		-			-				
		-			-				

7 Keterangan tentang nama Dokter & Rumah Sakit tempat Tertanggung berkonsultasi/berobat untuk Ketidakmampuan ini:

Nama Dokter/Rumah Sakit	Alamat	Tanggal Perawatan*	Nama Penyakit

*Sebutkan tanggal mulai perawatan sampai dengan tanggal selesai perawatan

8 Apakah Tertanggung juga dipertanggungjawabkan untuk manfaat yang sama di perusahaan lain? Ya, sebutkan di bawah Tidak

Nama Perusahaan	Nomor Polis	Tahun (Periode) Pertanggungjawaban

Pernyataan dan Kuasa

Dengan ini Tertanggung/Ahli Waris memberitahukan PT. Asuransi Jiwa BCA bahwa Tertanggung Asuransi diatas untuk Ketidakmampuan Tetap, dan Tertanggung/Ahli Waris dengan ini menyatakan bahwa jawaban dan pernyataan yang Tertanggung/Ahli Waris buat adalah benar dan tepat. Dengan ini Tertanggung/Ahli Waris menyetujui bahwa pernyataan tertulis dan bukti-bukti dari semua Dokter yang memeriksa atau merawat Tertanggung, dan semua surat lainnya yang diminta oleh Perusahaan akan menjadi bagian yang tak terpisahkan dari bukti Ketidakmampuan Tetap.

Surat Kuasa

Dengan ini Tertanggung/Ahli Waris menyetujui dan memberikan kuasa kepada setiap Dokter atau orang yang telah merawat dan/atau yang memeriksa atau kepada setiap rumah sakit atau kepada Institusi dimana Tertanggung telah menerima pengobatan untuk menyerahkan setiap informasi kesehatan termasuk tetapi tidak terbatas pada data-data kesehatan, salinan dari Surat Kuasa ini berlaku dan mempunyai kekuatan hukum yang sama sebagaimana Surat Kuasa lainnya.

Ditandatangani di: _____

Tanggal:

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

Yang mengajukan Klaim (Tertanggung/Ahli Waris**) _____

Alamat Tinggal Tertanggung/Ahli Waris: _____

No Telp/HP: _____

(Nama dan Ttd Sesuai KTP)

Hubungan dengan Tertanggung***: _____

Diketahui Pemegang Polis: (diisi oleh perwakilan dari Pemegang Polis)

Nama Lengkap: _____

Tanda Tangan: _____

Jabatan: _____

Tanggal:

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

**Coret yang tidak sesuai. Ahli Waris bisa menandatangani jika Tertanggung secara medis tidak mampu melakukan aktivitas tanda tangan.

***Diisi jika yang mengajukan adalah Ahli Waris

FORMULIR KLAIM KETIDAKMAMPUAN TETAP
Untuk Polis Group dan Individu
(Dilengkapi oleh Dokter)

(Semua pertanyaan harap dijawab dengan lengkap dan benar, dan beri tanda ✓ pada pilihan yang sesuai)
(Penulisan tanggal selalu menggunakan format tanggal-bulan-tahun)

1 Nama Tertanggung ("Pasien"):

Jenis Kelamin:

Laki-laki Perempuan

Tanggal Lahir:

- -

2 Nama Rumah Sakit Perawatan:

No Rekam Medis:

3 Ketidakmampuan Tetap yang diderita diakibatkan oleh:

Penyakit Kecelakaan

4 Apakah Ketidakmampuan Tetap ini berhubungan dengan: (beri tanda ✓ yang sesuai)

Kelainan bawaan Kehamilan Keguguran dan komplikasinya
 Kelainan atau penyakit kejiwaan Penggunaan alkohol, narkoba atau penyalahgunaan obat
 Kelainan/penyakit yang sudah diderita pasien sebelum menderita penyakit atau cedera ini

5 Kegiatan berikut yang Pasien saat masih dapat melakukan hal hal di bawah ini secara mandiri/sendiri: (beri tanda ✓ yang sesuai)

Memakai pakaian Menggunakan toilet / WC Makan / minum
 Jalan sendiri Bangun dari atau masuk ke tempat tidur Duduk atau bangun dari posisi duduk

6 Berdasarkan pengetahuan Anda tentang kondisi Pasien pada saat ini, apakah Pasien tidak dapat melakukan pekerjaannya, yaitu profesi yang biasa dilakukan untuk mendapatkan penghasilan atau gaji? Mohon dijelaskan.

7 Tanggal menurut perkiraan Anda bahwa Pasien dapat mulai kembali bekerja:

- -

8 Apakah Pasien dirujuk dari Dokter/Rumah Sakit lain?

Ya Tidak (jika ya, mohon dijelaskan di bawah)

Nama Dokter yang merawat:

Nama Rumah Sakit:

Alamat Dokter / Rumah Sakit:

9 Data riwayat penyakit, perawatan rumah sakit, pembedahan, atau kecelakaan yang pernah diderita oleh Pasien:

Tanggal Berobat	Keuhan / Gejala	Pengobatan Yang Diberikan	Hasil Pengobatan

10 Tanggal Pasien berkonsultasi/berobat untuk penyakit/cidera ini?

- -

Peristiwa: _____

Gejala: _____

Tanggal gejala penyakit timbul pertama kali:

- -

Diagnosa: _____

Nama Tempat Perawatan: _____

Alamat Tempat Perawatan: _____

11 Keterangan lain sehubungan dengan Ketidakmampuan Tetap Pasien yang menurut pertimbangan Anda perlu disampaikan:

Deklarasi dan Otorisasi Dokter

Dengan ini Saya menyatakan bahwa keterangan di atas adalah yang sebenar-benarnya dan selengkap-lengkapnyanya menurut sepengetahuan Saya dan catatan medis Pasien.

Ditandatangani di: _____

Tanggal:

- -

Data Dokter dan RS (Tempat Perawatan)

Nama Dokter: _____

Tanda Tangan: _____

No Telp/HP: _____

(sesuai KTP)

Ahli/Kualifikasi: _____

Nama RS: _____

Stempel RS: _____

Alamat RS: _____