



# FORMULIR KLAIM KETIDAKMAMPUAN TETAP TOTAL



Kehilangan kedua anggota gerak

Ya  Tidak Jika Ya, Mohon jelaskan \_\_\_\_\_

Kehilangan fungsi/organ penglihatan satu mata?

Ya  Tidak Jika Ya, Mohon jelaskan \_\_\_\_\_

Kehilangan fungsi/organ penglihatan kedua mata?

Ya  Tidak Jika Ya, Mohon jelaskan \_\_\_\_\_

Mulai terjadinya kelumpuhan/kehilangan/ketidakmampuan? Tgl   Bln   Thn

Jelaskan fungsi bagian tubuh yang lumpuh/hilang tersebut \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## INFORMASI LAIN

Apakah Tertanggung memiliki Polis di Asuransi lain?  Ya (Jika Ya, mohon sebutkan di bawah)  Tidak

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## PERNYATAAN-PERNYATAAN DAN KUASA

Dengan ini Saya/Kami MENYATAKAN dan MENYETUJUI bahwa Saya/Kami telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan diatas dengan lengkap dan benar. Dengan ini Saya/Kami MENYETUJUI dan MEMBERIKAN KUASA kepada setiap Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Laboratorium, Instituti Medis manapun, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum/Lembaga atau Perorangan yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung, untuk menyerahkan kepada dan/atau menerima dari PT Asuransi Ciputra Indonesia atau mereka yang diberi kuasa olehnya, setiap informasi kesehatan termasuk tetapi tidak terbatas pada data-data kesehatan. Salinan dari Surat Kuasa ini berlaku dan mempunyai kekuatan hukum yang sama seperti aslinya.

Ditandatangani di \_\_\_\_\_

Yang mengajukan klaim (Penerima Manfaat)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Alamat

Tlp/ Hp  
Email

Tgl   Bln   Thn

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# SURAT KETERANGAN DOKTER KLAIM KETIDAKMAMPUAN

**(Diisi oleh Dokter yang merawat/mengobati)**

Mohon kesediaan untuk mengisi pertanyaan di bawah ini dengan sebenarnya sesuai data dan informasi yang ada. Terimakasih

**Data Pasien :**

Nomor Rekam Medis

Nama Pasien

Tanggal Lahir

Tgl   Bln   Thn     Usia  Tahun  Laki-laki  Perempuan

**Penderita mengalami ketidakmampuan tetap/cacat akibat:**

Penyakit  Kecelakaan  Lainnya

**Apakah ketidakmampuan tetap ini berhubungan dengan:**

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

**Apakah pasien ini mengunjungi seawat lebih dari satu kali untuk berkonsultasi**

<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Tanggal pertama kali berkonsultasi	Kapan pertama kali pasien berkonsultasi
Tgl <input type="text"/> <input type="text"/> Bln <input type="text"/> <input type="text"/> Thn <input type="text"/> <input type="text"/>	Tgl <input type="text"/> <input type="text"/> Bln <input type="text"/> <input type="text"/> Thn <input type="text"/> <input type="text"/>
Berapa kali pasien berkonsultasi <input type="text"/> kali	Keluhan dan gejala penyakit/kecelakaannya
Rincian perawatan pasien (Tanggal kunjungan, keluhan dan gejala diagnosa penyakit/kecelakaan)	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Diagnosa penyakit atau kecelakaannya
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Keadaan penyakit atau cedera saat ini**

Tanggal perawatan RS Tgl   Bln   Thn   s/d Tgl   Bln   Thn

Anamnesna

Diagnosa

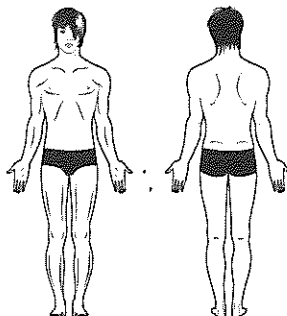
Hasil pemeriksaan penunjang

\*radiologi, PA, CT-Scan, Lab, dll

Jenis operasi (jika dilakukan)

**Pada penyakit/kecelakaannya, apakah:**

Telah terdapat komplikasi	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Terdapat kelumpuhan fungsi organ	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Mohon jelaskan bagian tubuh yang mengalami kelumpuhan/kehilangan fungsi/organ	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Pasien menjadi tidak mampu bekerja secara total	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Pasien kehilangan anggota gerak (diatas pergelangan tangan/kaki)	<input type="checkbox"/> Satu anggota gerak <input type="checkbox"/> Kedua anggota gerak
Pasien kehilangan fungsi/organ penglihatan	<input type="checkbox"/> Satu mata <input type="checkbox"/> Kedua mata



**Lokasi penyakit/luka/cedera pada pasien ini**

(Mohon ditandai pada gambar disamping)

# SURAT KETERANGAN DOKTER KLAIM KETIDAKMAMPUAN



## Apakah ketidakmampuan/cacat pasien ini akan menetap selamanya?

Ya

Kapan KEMUNGKINAN pasien dapat memulai kembali untuk suatu pekerjaan berpenghasilan :

Tgl   Bln   Thn

Tidak

Kapan pasien ini diperkirakan pulih kembali dan dapat bekerja

Tgl   Bln   Thn

## Mengingat pekerjaan pasien sebelum sakit atau kecelakaan, apakah setelah adanya cacat ini, ia akan dapat melakukan pekerjaannya kembali?

Ya

Mohon penjelasannya secara rinci


Tidak

Mohon berikan contoh pekerjaan yang masih dapat dikerjakannya


Dengan ini Saya menyatakan bahwa Saya adalah Dokter yang merawat/memeriksa Pasien ini, dan saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar.

Nama Dokter

--

Spesialisasi

--

Alamat Dokter/RS

--

No Telp/Selular

--

Tempat & Tanggal

--

(Stempel, SIP, Nama & Tanda tangan Dokter)