

DATA LAIN (POLIS LAIN YANG DIMILIKI OLEH TERTANGGUNG)

22. Nama Perusahaan Asuransi : _____
23. Nama Program Asuransi : _____
24. No. Polis : _____ Tanggal Polis Efektif : _____ (tgl/bln/thn)

DATA PEMBAYARAN KLAIM

Apabila klaim disetujui, pembayaran klaim akan ditransfer ke

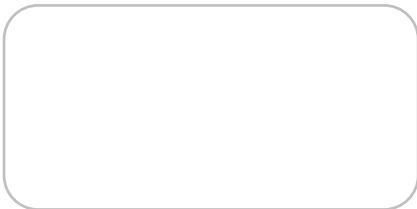
25. Nama : _____
26. No. Rekening : _____
27. Bank : _____ Cabang : _____

PERNYATAAN DAN SURAT KUASA

Akibat hukum dan/atau kerugian yang timbul karena ditandatanganinya formulir ini dalam keadaan kosong atau belum terisi lengkap menjadi tanggung jawab saya.

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. Saya memberi kuasa yang tidak akan berakhir karena sebab-sebab yang tercantum dalam Pasal 1813, 1814 dan Pasal 1816 KUH Perdata kepada setiap Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Laboratorium, Institusi Medis manapun, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Lembaga, atau Perorangan yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung, untuk memberitahukan kepada PT Asuransi Simas Jiwa atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Tertanggung, Fotokopi dari Surat Kuasa ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

Ditandatangani di _____ , ____ / ____ / 20 ____



Tanda Tangan & Nama Jelas
(sesuai dengan kartu identitas yang berlaku)

Pengajuan Klaim Cacat Tetap harus disertai dengan dokumen-dokumen sebagai berikut :

- Formulir Klaim Cacat Tetap (**Asli**)
- Surat Keterangan Dokter (**Asli**)
- Kuitansi/bukti pembayaran dari Rumah Sakit dan seluruh perinciannya (**Fotokopi Legalisir**)
- Identitas Pemegang Polis & Tertanggung yang masih berlaku (**Fotokopi**)
- Akte Kelahiran/Kartu Keluarga (apabila Tertanggung masih anak-anak) (**Fotokopi**)
- Hasil pemeriksaan penunjang (Laboratorium, Radiologi, EKG, dll) (**Fotokopi**)
- Dokumen lain yang dianggap perlu

RAHASIA

SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK KLAIM CACAT TETAP

- ✓ Diisi oleh Dokter Yang Merawat/ Mengobati
- ✓ Harap diisi dengan menggunakan huruf cetak

DATA PASIEN (DIISI OLEH DOKTER)

1. Nama Pasien : _____
2. Nomor E-KTP/ Paspor : _____
3. No. Pasien/ Rekam Medis/ No.Kartu : _____
4. Tanggal lahir/ Usia : _____
5. Pekerjaan Pasien : _____
6. Alamat Rumah : _____

DATA KLINIS

7. Sejak kapan Dokter menangani pasien ini pertama kali : ____ / ____ / ____ (tgl/bln/thn)
8. Tanggal pertama kali gejala/ keluhan muncul : ____ / ____ / ____ (tgl/bln/thn)
9. Tanggal pertama kali terdiagnosa penyakit tersebut : ____ / ____ / ____ (tgl/bln/thn)
10. Tanggal Perawatan : ____ / ____ / ____ (tgl/bln/thn)
11. Tanda dan gejala yang dirasakan pasien :

12. Diagnosa Awal :

13. Diagnosa Akhir *) :

14. Penyebab Diagnosa tersebut (causa) : Penyakit Kecelakaan

15. Apakah saat ini setelah pengobatan/terapi telah timbul kecacatan pada pasien? : Ya Tidak

16. Apabila terdapat cacat tetapi tidak mengakibatkan kehilangan anggota badan, berapa persen berkurangnya fungsi daripada anggota badan yang cacat tersebut _____ %, terbilang : _____ persen.

17. Mohon jelaskan bagian anggota badan yang mengalami kecacatan. Berikan gambaran lokasi kecacatan pada halaman terakhir dari formulir ini :

18. Pengobatan/tindakan yang diberikan :

19. Mohon dituliskan/dilampirkan hasil pemeriksaan diagnostik yang menunjang :

Jenis Pemeriksaan	Kesan/Kesimpulan

20. Tanggal Perawatan : _____ s/d _____ (tgl-bln-thn)

21. Nama Tindakan Operasi : _____ (jika dilakukan pembedahan)

22. Nama Dokter yang melakukan operasi : _____ Tanggal Operasi : ___ / ___ / _____

23. Ditinjau dari jenis pekerjaan pasien di atas, apakah keadaan yang dialami pasien dapat menghambat pekerjaan seperti biasa?

24. Jika "Ya", mohon jelaskan jenis hambatan yang terjadi :

25. Setelah sembuh, pasien dapat melakukan pekerjaan :

Biasa

Ringan

Tidak dapat bekerja sama sekali

RIWAYAT PENYAKIT

*) Apakah Diagnosa di atas:

22. Berhubungan dengan Kehamilan (Jika pasien Wanita) ?

YA TIDAK, Mohon jelaskan :

23. Berhubungan dengan Penyakit Kejiwaan ?

YA TIDAK, Mohon jelaskan :

24. Berhubungan dengan Penyakit Bawaan

YA TIDAK, Mohon jelaskan :

25. Berhubungan dengan Kosmetika ?

YA TIDAK, Mohon jelaskan :

26. Merupakan Penyakit Kronis atau Episode Berulang ?

YA TIDAK, Mohon jelaskan :

27. Apakah Pasien ini menderita/memiliki Riwayat Penyakit yang berhubungan dengan Hipertensi, Diabetes Melitus (DM), Penyakit Jantung, Penyakit Paru-paru, Penyakit Hati, Narkotika, Human Immunodeficiency Virus (HIV), atau penyakit lainnya ?

YA TIDAK, Diderita sejak : ___ / ___ / _____

28. Jika "Ya", mohon sebutkan diagnosa riwayat penyakit :

29. Apakah perawatan pasien ini berhubungan dengan Riwayat Penyakit di atas ?

YA TIDAK, Mohon jelaskan :

30. Apakah sebelumnya dokter/sejawat pernah memeriksa/merawat pasien ini ?

YA TIDAK, Mohon jelaskan :

31. Mohon sebutkan nama, alamat Dokter/ Rumah Sakit yang Dokter/Sejawat ketahui pernah dikunjungi pasien ini (rujukan)

PERNYATAAN DOKTER

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar.

Nama Dokter : Spesialisasi :

Alamat Dokter/ Rumah Sakit :

Kode Pos _____

No. Telepon / No. Handphone : _____ / _____

Ditandatangani di _____, ____ / ____ / 20 ____

DOKTER

CAP RUMAH SAKIT

Tanda Tangan & Nama Jelas
(sesuai dengan kartu identitas yang berlaku)

Gambar Lokasi Kecacatan

Mohon dilingkari lokasi kecacatan.

