

FORMULIR KLAIM PENYAKIT KRITIS

Lengkapi kolom atau coret bila perlu. Jika ada pengisian yang salah, harap coret dan ditanda tangani (cairan korektor tidak dibenarkan). Agar mempercepat proses klaim, harap semua pertanyaan di bawah ini dijawab dengan benar, lengkap dan jelas.

1. Jenis Klaim (mohon diberi tanda ✓) : CI CI Pria Lainnya : _____
 ESCI CI Wanita _____

DATA PEMEGANG POLIS

2. Nama Pemegang Polis : _____
 3. No. Polis : _____
 4. Nomor Telepon/*Handphone* : _____ Email: _____
 5. Nomor E-KTP/Paspor : _____

Menerangkan bahwa:

DATA TERTANGGUNG

6. Nama Tertanggung : _____
 7. Tempat & Tanggal Lahir : _____ (tempat), ____ (tgl), ____ (bln), ____ (thn)
 8. Nomor E-KTP/Paspor : _____
 9. Apakah Tertanggung pernah menderita penyakit kritis sebelumnya? : Ya Tidak
 10. Jika "Ya" sejak kapan : ____ (tgl), ____ (bln), ____ (thn)
 11. Jelaskan secara rinci pemeriksaan dan pengobatan yang diberikan :

12. Sebutkan nama Dokter yang pernah merawat dokter :

Tanggal Konsultasi	Nama Dokter	Nama Penyakit/Diagnosa	Nama Rumah Sakit, Alamat dan No. Telepon

Kondisi saat ini :

13. Alasan pengajuan klaim : Penyakit Kecelakaan
 14. Nama Rumah Sakit : _____
 15. Nama Dokter yang merawat : _____
 16. Tanggal keluhan/gejala pertama kali dirasakan : ____ (tgl), ____ (bln), ____ (thn)
 17. Keluhan/gejala yang dirasakan : _____

18. Diagnosa Dokter :

19. Tanggal dinyatakan menderita penyakit kritis : ____ (tgl), ____ (bln), ____ (thn)

20. Tanggal perawatan : _____ s.d _____ (tgl-blh-thn)

DATA LAIN (POLIS LAIN YANG DIMILIKI OLEH TERTANGGUNG)

21. Nama Perusahaan Asuransi : _____

22. Nama Program Asuransi : _____

23. No. Polis : _____ Tanggal Polis Efektif : ____ (tgl), ____ (bln), ____ (thn)

24. No. BPJS/Jamkesda Tertanggung : _____

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 Unit Usaha Syariah 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 Critical Illness harus disertai dengan dokumen-dokumen sebagai berikut :

- Formulir Klaim Critical Illness (**Asli**)
- Surat Keterangan Dokter sesuai dengan jenis penyakit (**Asli**)
- Kuitansi/bukti pembayaran dari Rumah Sakit dan seluruh perinciannya (**Fotokopi Legalisir**)
- Bukti identitas Pemegang Polis & Tertanggung yang masih berlaku (**Fotokopi**)
- Akte Kelahiran/Kartu Keluarga (apabila Tertanggung masih anak-anak) (**Fotokopi**)
- Laporan Dokter atau Resume Medis dari Rumah Sakit beserta dokumen pendukung lainnya tentang pembedahan atau perawatan atas Penyakit atau Kondisi Kritis diri Tertanggung (**Fotokopi Legalisir**)
- Hasil pemeriksaan penunjang (Laboratorium, Radiologi, EKG, dll) (**Fotokopi Legalisir**)
- Dokumen lain yang dianggap perlu