

FORMULIR KLAIM KETIDAKMAMPUAN TETAP TOTAL

Catatan Penting :

- Formulir klaim ini harus diisi oleh Penerima Manfaat/Pengajuan Klaim
- Jawab semua pertanyaan di bawah dengan lengkap, jelas, dan benar, beri tanda √ pada pilihan yang tersedia
- Lengkapi dokumen klaim yang dibutuhkan agar proses klaim dapat diproses dengan cepat dan akurat

No. Polis/Sertifikat	<input type="text"/>
Pemegang Polis	<input type="text"/>
Nama Tertanggung	<input type="text"/>
No. KTP	<input type="text"/>

Informasi Latar Belakang Perkerjaan

Keterangan Pekerjaan	Sebelum Ketidakmampuan Tetap	Setelah Ketidakmampuan Tetap
Pekerjaan		
Nama Perusahaan		
Daftar Tugas/Aktivitas		

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

Tanggal Tertanggung mulai tidak masuk kerja	Tgl <input type="text"/> <input type="text"/> Bln <input type="text"/> <input type="text"/> Thn <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Tanggal Tertanggung mulai bekerja kembali atau diharapkan sudah bekerja kembali	Tgl <input type="text"/> <input type="text"/> Bln <input type="text"/> <input type="text"/> Thn <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Tertanggung mengalami ketidakmampuan tetap total/cacat akibat	<input type="checkbox"/> Penyakit	<input type="checkbox"/> Kecelakaan
---	-----------------------------------	-------------------------------------

Jika akibat penyakit

Nama penyakit/gangguan kesehatan yang diderita	<input type="text"/>
Tanggal pertama kali timbul/gejala penyakit	Tgl <input type="text"/> <input type="text"/> Bln <input type="text"/> <input type="text"/> Thn <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Jika akibat kecelakaan

Tanggal terjadinya kecelakaan	Tgl <input type="text"/> <input type="text"/> Bln <input type="text"/> <input type="text"/> Thn <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Lokasi terjadinya kecelakaan (nama jalan & kota)	<input type="text"/>
Bagian tubuh yang mengalami kecelakaan	<input type="text"/>
Mohon jelaskan kejadiannya	<input type="text"/>

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

Nama Penyakit	Diderita sejak	Nama Dokter/RS	Alamat Dokter/RS

Apakah Tertanggung saat ini dapat melakukan aktivitas berikut ini tanpa dibantu orang lain:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Memakai Pakaian | <input type="checkbox"/> Menggunakan toilet | <input type="checkbox"/> Makan/minum |
| <input type="checkbox"/> Berjalan/mobilisasi | <input type="checkbox"/> Bangun dari/masuk ke tempat tidur | <input type="checkbox"/> Duduk bangun dari posisi duduk |

Akibat penyakit atau luka tersebut apakah saat ini Tertanggung

Mengalami kelumpuhan/ketidakmampuan bekerja secara total?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	Jika Ya, Mohon jelaskan <input type="text"/>
---	-----------------------------	--------------------------------	--

Dapat melakukan kegiatan kehidupan sehari-hari (makan, berpakaian sendiri, dll)?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	Jika Ya, Mohon jelaskan <input type="text"/>
--	-----------------------------	--------------------------------	--

Kehilangan salah satu anggota gerak (di atas pergelangan tangan/kaki)?	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	Jika Ya, Mohon jelaskan <input type="text"/>
--	-----------------------------	--------------------------------	--

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 Laki-laki Perempuan
Tanggal Lahir Tgl Bln Thn Usia Tahun

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

Ya Tidak

Tanggal pertama kali berkonsultasi Kapan pertama kali pasien berkonsultasi
Tgl Bln Thn Tgl Bln Thn

Berapa kali pasien berkonsultasi kali Keluhan dan gejala penyakit/kecelakaannya
Rincian perawatan pasien (Tanggal kunjungan, keluhan dan gejala diagnosa penyakit/kecelakaan)

Diagnosa penyakit atau kecelakaannya

Keadaan penyakit atau cedera saat ini

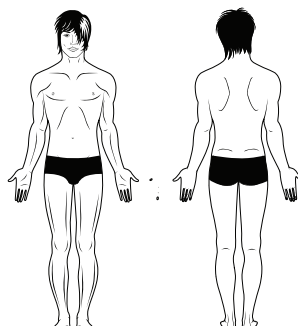
Tanggal perawatan RS Tgl Bln Thn s/d Tgl Bln Thn
Anamnesa
Diagnosa
Hasil pemeriksaan penunjang
*radiologi, PA, CT-Scan, Lab, dll
Jenis operasi (jika dilakukan)

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)