

FORMULIR CACAT TOTAL DAN TETAP

(Diisi oleh pemegang polis/tertanggung/ahli waris/wali yang sah)

Agar mempercepat proses klaim, harap semua pertanyaan di bawah dijawab dengan benar, lengkap dan jelas

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Data Pemegang Polis

1. Nama Pemegang Polis : _____
2. No Polis/Sertifikat : _____
3. No Telpon/HP/ Email/Faksimili : _____
4. Alamat : _____
5. Jenis kelamin : Pria Wanita

Data Pasien/Tertanggung

1. Nama Pasien : _____
2. Tanggal lahir : _____
3. Jenis Kelamin : Pria Wanita
4. Alamat : _____

Polis yang dimiliki di perusahaan lain

1. No. Polis dan nama perusahaan asuransi : _____
2. No. Polis dan nama perusahaan asuransi : _____

Keterangan Aktivitas (Diisi oleh Tertanggung/Pasien)

Tanggal terakhir bekerja :

Apakah Anda pada saat ini

1. Hanya dapat berbaring : Ya Tidak
2. Hanya tinggal di rumah : Ya Tidak
3. Berikan gambaran singkat dan jelas mengenai kegiatan sehari-hari : _____
4. Telah dirawat di Rumah Sakit sejak sampai dengan
5. Nama dan alamat RS : _____
6. Nama dokter yang merawat : _____
7. No. Rekam medis/No. Kartu : _____
8. Jika sebab dirawat karena penyakit
 - Sebutkan keluhan dan gejala yang timbul : _____
 - Sejak kapan keluhan timbul : _____
 - Nama diagnosa penyakit : _____
9. Jika sebab dirawat karena kecelakaan
 - Tempat dan tanggal kecelakaan : _____
 - Keadaan luka secara terperinci : _____
 - Kronologis kecelakaan : _____
10. Apakah anda menderita ketidakmampuan untuk
 - Melakukan seluruh kewajiban terhadap pekerjaan terakhirnya : Ya Tidak
 - Bekerja atau melakukan jenis pekerjaan yang sesuai dengan pendidikan, latihan atau pengalamannya guna mendapatkan penghasilan atau keuntungan? : Ya Tidak
11. Pernahkah Anda mencoba untuk bekerja semenjak menderita ketidakmampuan total : Ya Tidak
12. Jika Ya, tanggal bekerja kembali (tgl/bln/thn):

Apabila klaim disetujui maka pembayaran ke

- | | | |
|-------------------------|---|-------|
| 1. Nama lengkap | : | _____ |
| 2. Nama Bank dan Cabang | : | _____ |
| 3. No rekening | : | _____ |

Catatan

Pembayaran klaim cacat total dan tetap hanya akan dilakukan untuk pengajuan klaim yang di setujui dengan ketentuan polis. Pengajuan klaim ini harus dilengkapi dengan Surat Keterangan Dokter dan Surat Kuasa Pemberian Rekam Medis

PERNYATAAN KUASA

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti, dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas dengan benar. Dengan ini Saya memberikan kuasa kepada PT Hanwha Life Insurance Indonesia atau pihak yang diberi kuasa olehnya untuk memperoleh segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan /kesehatan Saya dari Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Instansi Pemerintah, Perorangan atau Organisasi lainnya.

Tanggal Penandatanganan : _____/_____/_____

Tanda Tangan dan Nama Jelas Pemegang Polis

Tanda Tangan dan Nama Jelas Tertanggung

SURAT KETERANGAN DOKTER

(Di isi oleh Dokter yang Merawat)

Data Pasien /Almarhum/Tertanggung

Nama Pasien	:	_____
No Rekam Medis	:	_____
Tanggal lahir	:	_____
Alamat	:	_____
Jenis Kelamin	:	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita
Dirawat sejak tanggal	:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Riwayat Penyakit

1. Anamnesa/Riwayat Penyakit _____
2. Tanggal gejala/keluhan pertama kali diketahui _____
3. Tanggal pertama kali konsultasi _____
4. Nama dan alamat dokter yang merujuk _____
5. Pemeriksaan penunjang yang dilakukan beserta hasilnya _____
6. Diagnosa yang ditegakkan _____
7. Tanggal pasien diberitahu mengenai diagnosa tersebut _____
8. Penyebab diagnosa tersebut _____
9. Tanggal pertama kali diketahui penyebab diagnosa tersebut _____
10. Terapi atau tindakan _____
11. Apakah diagnosa diatas ada hubungannya dengan kehamilan? _____
12. Apakah diagnosa diatas ada hubungannya dengan kejiwaan/psikosomatis? _____
13. Apakah diagnosa diatas ada hubungannya dengan penyakit bawaan/kongenital? _____
14. Apakah diagnosa diatas ada hubungannya dengan kecelakaan? _____
15. Apakah menimbulkan cacat atau gangguan fungsi secara tetap? _____
16. Bila "ya" berapa persen gangguan fungsi atau cacat tetapnya? _____
17. Perkiraan waktu yang dibutuhkan untuk penyembuhan? _____
18. Bila cacat yang diderita mengenai tangan, mohon penjelasan pasien ini kidal atau tidak? _____

PERNYATAAN DOKTER

Saya dengan ini menyatakan bahwa semua jawaban di atas adalah benar dan lengkap menurut pengetahuan dan keyakinan Saya

Nama Dokter	:	_____
Alamat Dokter / RS	:	_____
Spesialisasi	:	_____
NoTelp / HP	:	_____

Tempat dan tanggal

Tanda Tangan Dokter

Cap Rumah Sakit
