

FORMULIR KLAIM PENYAKIT KRITIS

(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

Data Pengaju Klaim

1. Nama Pemegang Polis	:	_____
2. No Polis/Sertifikat	:	_____
3. No Telpn/HP/ Email/Faksimili	:	_____
4. Alamat	:	_____
5. Jenis kelamin	:	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita

Data Pasien/Tertanggung

1. Nama Pasien	:	_____
2. Tanggal Lahir	:	_____
3. Jenis Kelamin	:	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita
4. Alamat	:	_____

Data Kondisi Kritis yang akan diklaim

Jenis kondisi kritis yang akan diklaim : _____

Nama / Diagnosa dari keadaan/penyakit tertanggung : _____

Kapan pertama kali tertanggung mulai merasa keluhan gejala dari keadaan penyakit ini? / / Tgl/bln/thn

Mohon jelaskan keluhan secara terperinci : _____

Kapan pertama kali tertanggung berkonsultasi dengan Dokter mengenai keluhan / gejala tersebut / / Tgl/bln/thn

Mohon jelaskan secara detail dan lampirkan hasil pemeriksaan Lab/Rontgen/USG sehubungan dengan keadaan penyakit tertanggung : _____

Apakah tertanggung sebelumnya pernah mengalami atau berobat atas keadaan / penyakit ini? YA TIDAK

Jika YA sejak kapan / / Tgl/bln/thn

Mohon tuliskan nama dan alamat seluruh dokter umum maupun spesialis yang pernah di kunjungi oleh tertanggung berikut tanggal konsultasi dan diagnasanya

1. _____
2. _____
3. _____

Polis yang dimiliki di perusahaan lain

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

Apabila klaim disetujui maka pembayaran ke Pemegang Polis

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

Pengajuan klaim ini harus dilengkapi dengan Surat Keterangan Dokter dan Surat Kuasa Pemberian Rekam Medis

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 /kehatan 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
Tanggal Perawatan	:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Riwayat Penyakit

- Anamnesa/Riwayat Penyakit _____
- Tanggal gejala/keluhan pertama kali diketahui _____
- Tanggal pertama kali konsultasi _____
- Nama dan alamat dokter yang merujuk _____
- Pemeriksaan penunjang yang dilakukan beserta hasilnya _____
- Diagnosa yang ditegakkan secara rinci (termasuk lokasi organ dan stadiumnya) _____
- Tanggal diagnosa ditegakkan _____
- Penyebab diagnosa tersebut _____
- Tanggal pertama kali diketahui penyebab diagnosa tersebut _____
- Terapi atau tindakan yang diberikan _____
- Apakah diagnosa diatas ada hubungannya dengan penyakit bawaan/kongenital? _____
- Apakah diagnosa diatas ada hubungannya dengan kecelakaan? _____
- Apakah menimbulkan cacat atau gangguan fungsi secara tetap? _____
- Bila "ya" berapa persen gangguan fungsi atau cacat tetapnya? _____
- Perkiraan waktu yang dibutuhkan untuk penyembuhan? _____
- Bagaimana prognosis dalam 12 bulan mendatang _____
- Apakah pasien membutuhkan alat bantu? Bila "ya" mohon penjelasannya _____

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
_____	_____	_____