

PENGAJUAN KLAIM:

- Meninggal Dunia
 Cacat Tetap & Total
 Rawat Inap
 Penyakit Kritis

Catatan Penting :

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

Data Pemegang Polis/Tertanggung :

Nama Pemegang Polis	_____
Nama Tertanggung	_____
Tanggal Lahir Tertanggung	_____, _____, _____ (Tgl/Bln/Thn)
No. Polis/No. Sertifikat	_____
Hubungan dengan Tertanggung	<input type="checkbox"/> Diri Sendiri <input type="checkbox"/> Suami /Istri <input type="checkbox"/> Orangtua/Anak <input type="checkbox"/> Kakak/Adik

Data Klaim

Penyebab klaim	<input type="checkbox"/> Penyakit <input type="checkbox"/> Kecelakaan <input type="checkbox"/> Lainnya: _____
Tanggal terjadinya klaim	_____, _____, _____ (Tgl/Bln/Thn)
Nama tempat terjadinya klaim	_____
Nama Dokter yang merawat/memeriksa	_____
Keluhan & gejala yang menyebabkan terjadinya klaim	_____
Kapan pertama kali keluhan & gejala muncul	_____, _____, _____ (Tgl/Bln/Thn)
Nama penyakit atau gangguan yang diderita	_____
Apakah Tertanggung sebelumnya pernah dirawat/berobat/konsultasi untuk penyakit yang diderita atau penyakit lainnya	<input type="checkbox"/> Ya, tanggal _____, _____, _____ (Tgl/Bln/Thn) <input type="checkbox"/> Tidak
Jika Ya, lengkapi data disamping	Nama penyakit : _____ Nama Dokter & RS : _____ Alamat : _____

Penyebab karena kecelakaan:

Tempat & tanggal terjadinya kecelakaan	_____ & _____, _____, _____ (Tgl/Bln/Thn)
Kronologis kecelakaan	_____ _____

Informasi Lain:

Apakah Tertanggung memiliki Polis di Asuransi lain ?	<input type="checkbox"/> Ya (jika Ya, mohon sebutkan di bawah) <input type="checkbox"/> Tidak
Nama Perusahaan Asuransi>Nama program	_____ / _____
No. Polis / Tanggal Efektif	_____ & _____, _____, _____ (Tgl/Bln/Thn)

PERNYATAAN-PERNYATAAN DAN KUASA

Dengan ini Saya/Kami MENYATAKAN dan MENYETUJUI bahwa saya/kami telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan di atas dengan lengkap dan benar.

Dengan ini saya MENYETUJUI dan MEMBERIKAN KUASA yang tidak akan berakhir karena sebab-sebab yang tercantum dalam pasal 1813 KUH Perdata kepada setiap Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Laboratorium, Institusi Medis manapun, Perusahaan Asuransi/ Reasuransi, Badan Hukum/Lembaga atau Perorangan yang mempunyai catatan / keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung, untuk menyerahkan kepada 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.

Di tandatangi di : _____
 Yang mengajukan klaim (Penerima Manfaat)

(Nama Lengkap & Tanda Tangan Sesuai KTP)

Tanggal (Tgl/Bulan/Thn) : _____, _____, _____
 Alamat : _____

 Nomor Tel / HP : _____
 Email : _____
 Hubungan dengan Tertanggung : _____

(Diisi oleh Dokter yang merawat / mengobati)

Mohon kesediaan untuk mengisi pertanyaan di bawah ini dengan sebenarnya sesuai data dan informasi yang ada.

Terima kasih

Data Bertanggung/Pasien

Nama Pasien		No. Rekam Medis	_____
Tanggal Lahir	_____, _____, _____ (Tgl/Bln/Thn)	Usia	_____
Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita	Alamat Pasien	_____
Pas ien Mengalami	<input type="checkbox"/> Rawat Inap <input type="checkbox"/> Penyakit Kritis		_____
	<input type="checkbox"/> Cacat Tetap & Total <input type="checkbox"/> Kecelakaan		_____
	<input type="checkbox"/> Meninggal Dunia	Alamat Pasien :	_____

Data Perawatan & Riwayat Klinis

Tanggal Perawatan	_____, _____, _____ (Tgl/Bln/Thn)	s/d	_____, _____, _____ (Tgl/Bln/Thn)
Lama Perawatan	_____ hari		
Tanggal Meninggal Dunia	_____, _____, _____ (Tgl/Bln/Thn)		
Indikasi/gejala/keluhan/anamnesa	_____		
Sejak kapan pasien mengalami gejala	_____, _____, _____ (Tgl/Bln/Thn)		
Diagnosa Pasien	_____		
Penyebab Diagnosa Pasien	<input type="checkbox"/> Penyakit <input type="checkbox"/> Kecelakaan <input type="checkbox"/> Lainnya:		
Rawat inap atas permintaan pasien	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Perawatan dapat dilakukan dengan rawat jalan	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Tanggal pertama kali terdiagnosa	_____, _____, _____ (Tgl/Bln/Thn)		
Riwayat penyakit terdahulu	_____ diderita sejak	_____, _____, _____ (Tgl/Bln/Thn)	
Apakah Pasien pernah mendapatkan perawatan sebelumnya	<input type="checkbox"/> Ya, sebutkan Nama Dokter dan RS : _____ <input type="checkbox"/> Tidak		

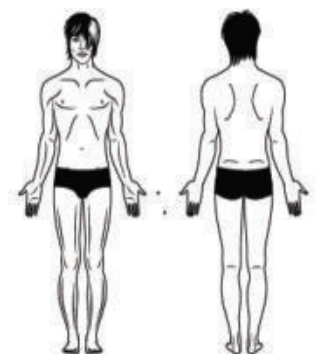
Has il pemeriksaan penunjang perawatan saat ini (Pemeriksaan fisik, Laboratorium, Radiologi, MRI, CT Scan, Patologi Anatomi, dll)

Sebutkan pengobatan/tindakan/nama & jenis operasi yang dilakukan terhadap pasien ini

Diagnosa diatas berhubungan dengan	<input type="checkbox"/> Kelainan cacat bawaan	<input type="checkbox"/> Alkohol/narkoba/penyalahgunaan obat-obatan
	<input type="checkbox"/> Kejiwaan	<input type="checkbox"/> Kehamilan/persalinan/keguguran/komplikasinya
	<input type="checkbox"/> Kosmetik/estetika	<input type="checkbox"/> Penyakit menular seksual
	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Kesuburan&komplikasinya
	<input type="checkbox"/> Bunuh diri/melukai diri	<input type="checkbox"/> Pemeriksaan kesehatan rutin

Perawatan berhubungan dengan kecelakaan/cacat

Apakah terdapat bagian tubuh yang mengalami	<input type="checkbox"/> Ya, tandai lokasi penyakit/luka/cedera pada pasien ini
Kelumpuhan/kehilangan fungsi/organ	<input type="checkbox"/> Tidak
Bagaimanakah s ifat kelumpuhan/cacat tersebut	<input type="checkbox"/> Sementara <input type="checkbox"/> Menetap
Apakah Pasien mampu bekerja secara total	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Kapan pasien ini diperkirakan pulih kembali	_____, _____, _____ (Tgl/Bln/Thn)
Dapat bekerja/setelah berapa lama	_____



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	_____
Tanggal	_____, _____, _____ (Tgl/Bln/Thn)		
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> Cap RS/Klinik/Tempat Perawatan </div>		<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> Tandatangan dan cap SIP Dokter </div>	