

## FORMULIR KLAIM CACAT TETAP DAN TOTAL

- ✓ Mohon mengisi dengan tinta hitam, huruf cetak, dan memberi tanda (✓) pada kotak jawaban yang sesuai.
- ✓ Mohon tidak menandatangani formulir dalam keadaan kosong dan pastikan semua pertanyaan telah diisi.

### DATA PEMEGANG POLIS

1. Nama Pemegang Polis : \_\_\_\_\_
2. Nama Tertanggung/Pasien : \_\_\_\_\_
3. Nomor Telepon/Handphone : \_\_\_\_\_
4. Nomor KTP/ Identitas lain : \_\_\_\_\_
5. Pekerjaan : \_\_\_\_\_

### SAYA MENGAJUKAN KLAIM SEBAGAI BERIKUT (MOHON DIISI LENGKAP)

6. Tanggal terakhir bekerja : \_\_\_\_\_ (tgl-bln-thn)
7. Penyebab kecacatan (pilihan berikut ini) :  Penyakit
8. Tanggal gejala awal : \_\_\_\_\_ (tgl-bln-thn)
9.  Kecelakaan
10. Tanggal kecelakaan : \_\_\_\_\_ (tgl-bln-thn)
11. Jelaskan secara lengkap semua tanda dan gejala : \_\_\_\_\_

12. Jelaskan secara lengkap jenis luka/cacat dan lokasi bagian tubuh yang diderita : \_\_\_\_\_

13. Nama Rumah Sakit : \_\_\_\_\_
14. Nama Dokter yang merawat : \_\_\_\_\_
15. Tanggal konsultasi : \_\_\_\_\_ (tgl-bln-thn)
16. Tanggal perawatan (apabila rawat inap) : \_\_\_\_\_ s.d \_\_\_\_\_ (tgl-bln-thn)
17. Diagnosa Dokter : \_\_\_\_\_

18. Riwayat penyakit sebelumnya : \_\_\_\_\_

19. Sebutkan Dokter atau Rumah Sakit lain yang pernah dikunjungi atau memberi rujukan sebelumnya berhubungan dengan Cacat Total Tetap :

Tanggal Konsultasi	Nama Dokter	Nama Rumah Sakit/Klinik
1)		
2)		

20. Nomor BPJS/Jamkesda Tertanggung :

**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)

**DATA PEMBAYARAN KLAIM**

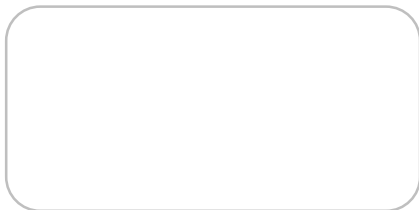
Apabila klaim disetujui, pembayaran klaim akan ditransfer ke

24. Nama : \_\_\_\_\_  
25. No. Rekening : \_\_\_\_\_  
26. 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. 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 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 Cacat Tetap dan Total harus disertai dengan dokumen-dokumen sebagai berikut :**

- Formulir Klaim Cacat Tetap dan Total (**Asli**)
- Surat Keterangan Dokter (**Asli**)
- Kuitansi/bukti pembayaran dari Rumah Sakit dan seluruh perinciannya (**Fotokopi Legalisir**)
- Identitas Pemegang Polis & Tertanggung yang masih berlaku (**Fotokopi**)
- Akte Kelahiran/Kartu Keluarga (apabila Tertanggung masih anak-anak) (**Fotokopi**)
- Hasil pemeriksaan penunjang (Laboratorium, Radiologi, EKG, dll) (**Fotokopi**)
- Dokumen lain yang dianggap perlu

## SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK KLAIM CACAT TETAP DAN TOTAL

- ✓ Diisi oleh Dokter Yang Merawat/ Mengobati
- ✓ Harap diisi dengan menggunakan huruf cetak

### DATA PASIEN (DIISI OLEH DOKTER)

1. Nama Pasien : \_\_\_\_\_
2. No. Pasien/ Rekam Medis/ No.Kartu : \_\_\_\_\_
3. Tanggal lahir/ Usia : \_\_\_\_\_
4. Pekerjaan Pasien : \_\_\_\_\_
5. Alamat Rumah : \_\_\_\_\_
6. Tanggal Perawatan : \_\_\_\_\_ s/d \_\_\_\_\_

### DATA KLINIS

7. Sejak kapan Dokter menangani pasien ini pertama kali : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (tgl/bln/thn)
8. Tanggal pertama kali gejala/ keluhan muncul : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (tgl/bln/thn)
9. Tanggal pertama kali terdiagnosa penyakit tersebut : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (tgl/bln/thn)
10. Tanggal Perawatan : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (tgl/bln/thn)
11. Tanda dan gejala yang dirasakan pasien :

12. Diagnosa Awal :

13. Diagnosa Akhir \*) :

14. Penyebab Diagnosa tersebut (causa) :  Penyakit  Kecelakaan

15. Apakah saat ini setelah pengobatan/terapi telah timbul kecacatan pada pasien? :  Ya  Tidak

16. Apabila terdapat cacat tetapi tidak mengakibatkan kehilangan anggota badan, berapa persen berkurangnya fungsi daripada anggota badan yang cacat tersebut \_\_\_\_\_ %, terbilang : \_\_\_\_\_ persen.

17. Mohon jelaskan bagian anggota badan yang mengalami kecacatan. Berikan gambaran lokasi kecacatan pada halaman terakhir dari formulir ini :

18. Pengobatan/tindakan yang diberikan :

19. Mohon dituliskan/dilampirkan hasil pemeriksaan diagnostik yang menunjang :

Jenis Pemeriksaan	Kesan/Kesimpulan

20. Nama Tindakan Operasi : \_\_\_\_\_ (jika dilakukan pembedahan)

21. Nama Dokter yang melakukan operasi : \_\_\_\_\_ Tanggal Operasi : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

22. Ditinjau dari jenis pekerjaan pasien di atas, apakah keadaan yang dialami pasien dapat menghambat pekerjaan seperti biasa?

23. Jika "Ya", mohon jelaskan jenis hambatan yang terjadi :

24. Setelah sembuh, pasien dapat melakukan pekerjaan :

- Biasa
  Ringan
  Tidak dapat bekerja sama sekali

**RIWAYAT PENYAKIT**

\*) Apakah Diagnosa di atas:

22. Berhubungan dengan Kehamilan (Jika pasien Wanita) ?

YA  TIDAK, Mohon jelaskan :

23. Berhubungan dengan Penyakit Kejiwaan ?

YA  TIDAK, Mohon jelaskan :

24. Berhubungan dengan Penyakit Bawaan

YA  TIDAK, Mohon jelaskan :

25. Berhubungan dengan Kosmetika ?

YA  TIDAK, Mohon jelaskan :

26. Merupakan Penyakit Kronis atau Episode Berulang ?

YA  TIDAK, Mohon jelaskan :

27. Apakah Pasien ini menderita/memiliki Riwayat Penyakit yang berhubungan dengan Hipertensi, Diabetes Melitus (DM), Penyakit Jantung, Penyakit Paru-paru, Penyakit Hati, Narkotika, Human Immunodeficiency Virus (HIV), atau penyakit lainnya ?

YA  TIDAK, Diderita sejak : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

28. Jika "Ya", mohon sebutkan diagnosa riwayat penyakit :

29. Apakah perawatan pasien ini berhubungan dengan Riwayat Penyakit di atas ?

YA  TIDAK, Mohon jelaskan :

30. Apakah sebelumnya dokter/sejawat pernah memeriksa/merawat pasien ini ?

YA  TIDAK, Mohon jelaskan :

31. Mohon sebutkan nama, alamat Dokter/ Rumah Sakit yang Dokter/Sejawat ketahui pernah dikunjungi pasien ini (rujukan)

**DATA DOKTER**

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar.

Nama Dokter :  Spesialisasi :

Alamat Dokter/ Rumah Sakit :

Kode Pos \_\_\_\_\_

No. Telepon / No. Handphone : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Ditandatangani di \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_

**DOKTER**

**CAP RUMAH SAKIT**

**Tanda Tangan & Nama Jelas**  
(sesuai dengan kartu identitas yang berlaku)

