



**FORMULIR KLAIM CACAT TETAP
ASURANSI INDIVIDU**

A. PERSYARATAN DOKUMEN PENGAJUAN KLAIM

- Formulir Klaim Cacat Tetap (diisi lengkap dan ditandatangani oleh Pemegang Polis dan Tertanggung)
- Surat Dokter/Resume Medis (diisi lengkap dan ditandatangani oleh Dokter yang merawat)
- Fotokopi hasil pemeriksaan penunjang diagnostik
- Surat Keterangan Kepolisian jika Tertanggung mengalami Cacat Tetap akibat kecelakaan atau sebab yang tidak wajar
- Dokumen pendukung lainnya atau keterangan yang diperlukan diminta oleh penanggung

Batas waktu pengajuan klaim dan kelengkapan dokumen klaim adalah 90 hari kalender sejak tanggal terjadi Cacat. Jika melewati waktu tersebut, maka PT Asuransi Jiwa Indosurya Sukses berhak untuk menolak pengajuan klaim tersebut.

B. DATA PEMEGANG POLIS

Nomor Polis : _____ No.HP : _____

Nama Pemegang Polis : _____ Email : _____

C. NOMOR REKENING UNTUK PEMBAYARAN KLAIM (jika klaim disetujui)

Nama Pemilik Rekening : _____

Nomor Rekening : _____

Nama Bank : _____ Cabang _____

D. DATA TERTANGGUNG

Nama Tertanggung : _____

No. Kartu BPJS : _____

No. KTP : _____ Tgl.Lahir : _____ Jenis Kelamin : Pria Wanita

Alamat Lengkap : _____

No. HP : _____

Email : _____

Apakah Tertanggung mempunyai polis Asuransi Jiwa/Kesehatan/Kecelakaan di Perusahaan Asuransi lain? Sebutkan :

Nama Perusahaan Asuransi	No.Polis	Apakah Klaim Cacat ini diajukan juga ? (Ya/Tidak)

E. DATA PEKERJAAN TERTANGGUNG

Nama Perusahaan : _____

Alamat Perusahaan : _____

No.Telepon : _____

Jabatan : _____

Uraian Pekerjaan : _____

Tanggal Terakhir Bekerja : _____



F. DATA KESEHATAN TERTANGGUNG

1. Apakah kegiatan Anda sehari-hari pada saat ini?

2. Apakah Anda saat ini dapat melakukan sendiri (tanpa bantuan alat bantu atau orang lain) aktivitas di bawah ini :

Aktivitas	Ya/Tidak	Aktivitas	Ya/Tidak	Aktivitas	Ya/Tidak
a) makan		d) buang air kecil		g) mengangkat barang	
b) mandi		e) buang air besar		h) berdiri	
c) berpakaian		f) naik/turun dari tempat tidur/kursi		i) berpindah ruang	

Jika jawaban "Tidak", berikan penjelasan

3. Berapa lama Anda tidak bekerja karena Cacat yang terjadi ? Sejak _____ s.d. _____

Jelaskan _____

4. Kapan Anda diperkirakan dapat bekerja kembali ? Tanggal _____

5. Apakah sebelumnya Anda pernah mengalami Cacat ? Tidak Ya. Jelaskan _____

6. Apakah Anda kidal? Ya Tidak

7. Apakah penyebab terjadinya Cacat?

Sakit Kecelakaan

Lain-Lain. Jelaskan _____

8. Dokter yang merawat Anda sehubungan Cacat yang diderita :

Tanggal Perawatan	Nama Dokter	Alamat Lengkap	Diagnosa

9. Apakah ada anggota badan yang hilang secara fisik (diamputasi) atau hilang fungsinya ?

Tidak Ya. Berikan tanda "X" pada bagian anggota tubuh yang menderita Cacat.

Lampirkan juga foto anggota badan yang bersangkutan.

<input type="checkbox"/>	lengan kanan mulai dari bahu	<input type="checkbox"/>	satu kaki
<input type="checkbox"/>	lengan kiri mulai dari bahu	<input type="checkbox"/>	jempol kanan
<input type="checkbox"/>	tangan kanan mulai dari siku	<input type="checkbox"/>	jempol kiri
<input type="checkbox"/>	tangan kiri mulai dari siku	<input type="checkbox"/>	jari telunjuk kanan
<input type="checkbox"/>	tangan kanan mulai dari pergelangan	<input type="checkbox"/>	jari telunjuk kiri
<input type="checkbox"/>	tangan kiri mulai dari pergelangan	<input type="checkbox"/>	jari kelingking kanan
<input type="checkbox"/>	penglihatan sebelah mata	<input type="checkbox"/>	jari kelingking kiri
<input type="checkbox"/>	penglihatan kedua belah mata	<input type="checkbox"/>	jari tengah atau jari manis kanan
<input type="checkbox"/>	pendengaran kedua belah telinga	<input type="checkbox"/>	jari tengah atau jari manis kiri
<input type="checkbox"/>	pendengaran sebelah telinga	<input type="checkbox"/>	Lainnya. Sebutkan _____



10. Isi no.10.1 sd 10.4 di bawah ini, jika Cacat disebabkan karena PENYAKIT

- 10.1. Sejak kapan timbul gejala penyakit _____
- 10.2. Diagnosa penyakit _____
- 10.3. Kapan pertama kali Anda diperiksa oleh Dokter untuk penyakit ini _____
- 10.4. Semasa hidup apakah Anda pernah menderita penyakit di bawah ini?

Penyakit/Kelainan	Sejak Kapan	Penyakit/Kelainan	Sejak Kapan
Jantung/Pembuluh Darah Jantung		Ginjal	
Paru-paru/TBC/Asma		Kelainan Darah/Leukemia/Anemia	
Kencing Manis		Syaraf	
Stroke/Pembuluh Darah Otak		Kanker/ Tumor	
Hipertensi/Darah Tinggi		AIDS/ Infeksi HIV	
Penyakit Hati /Hepatitis		Lainnya (sebutkan).....	

11. Isi no. 11.1 sd 11.3, jika Cacat disebabkan karena KECELAKAAN

- 11.1. Ceritakan kapan, dimana dan bagaimana kecelakaan tersebut terjadi ?
-

- 11.2. Saat terjadi kecelakaan, apakah Anda sedang menderita suatu penyakit atau cedera ?
- Tidak Ya. Jelaskan _____

- 11.3. Sebelum terjadi kecelakaan, apakah :
- a. Apakah Tertanggung meminum minuman jenis alkohol ? Tidak Ya
- b. Apakah Tertanggung berada dalam pengaruh obat-obatan ? Tidak Ya
- Jika "YA", sebutkan jenis minuman/nama obat , berapa banyak dikonsumsi _____

G. PERNYATAAN DAN PEMBERIAN KUASA

- Saya (Tertanggung) menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan di dalam Formulir Klaim ini dengan benar, lengkap dan tidak ada informasi yang saya sembunyikan.
- Saya memberi kuasa kepada setiap Dokter / tenaga medis lainnya, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Laboratorium, Institusi Kesehatan lainnya, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Lembaga atau Perorangan yang mempunyai catatan/ keterangan atau mengetahui keadaan/ kesehatan Tertanggung, untuk memberitahukan kepada PT Asuransi Jiwa Indosurya Sukses 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.
- Saya memberi kuasa kepada PT Asuransi Jiwa Indosurya Sukses untuk mendapatkan/menerima segala catatan dan informasi tentang kesehatan atau riwayat pemeriksaan atau perawatan saya atau keluarga saya yang menjadi Tertanggung, yang mana akan digunakan untuk memproses klaim sesuai ketentuan polis yang berlaku .

Diisi dan ditandatangani di _____, tanggal _____

Nama Lengkap dan Tanda Tangan Pemegang Polis

Nama Lengkap dan Tanda Tangan Tertanggung



**RESUME MEDIS/SURAT KETERANGAN DOKTER
(diisi oleh Dokter Yang Merawat)**

Nama Pasien : _____	No. Rekam Medis : _____
Tanggal Lahir : _____	Ruang Perawatan : _____
Jenis Kelamin : Laki-laki/ Perempuan	Tanggal Perawatan : _____ s/d _____
Alamat : _____	

1. Anamnesa : (keluhan dan gejala saat masuk perawatan)

2. Tanggal gejala / keluhan pertama kali diketahui oleh Pasien ?

3. Tanggal pertama kali konsultasi/berobat untuk gejala/keluhan tersebut :

4. Diagnosa :

5. Jika Pasien ini berobat/konsultasi ke Dokter lain sebelumnya, mohon sebutkan nama dan alamat Dokter tersebut.

Tanggal Berobat	Nama Dokter	Alamat

6. Apakah perawatan ini berhubungan dengan Kecelakaan? Kapan terjadi Kecelakaan ? Jelaskan.

7. Pemeriksaan Fisik :

8. Pemeriksaan Penunjang yang dilakukan dan hasilnya (lampirkan fotokopi hasil pemeriksaan)



9. Apakah Pasien saat ini dapat melakukan sendiri (tanpa bantuan alat bantu atau orang lain) aktivitas di bawah ini :

Aktivitas	Ya/Tidak	Aktivitas	Ya/Tidak	Aktivitas	Ya/Tidak
a) makan		d) buang air kecil		g) mengangkat barang	
b) mandi		e) buang air besar		h) berdiri	
c) berpakaian		f) naik/turun dari tempat tidur/kursi		i) berpindah ruang	

Jika Ya, berikan penjelasan

10. Apakah Pasien mengalami kehilangan anggota badan secara fisik (diamputasi) atau kehilangan fungsi ?

Tidak Ya. Berikan tanda silang "X" pada anggota tubuh yang menderita Cacat.

<input type="checkbox"/>	lengan kanan mulai dari bahu	<input type="checkbox"/>	satu kaki
<input type="checkbox"/>	lengan kiri mulai dari bahu	<input type="checkbox"/>	jempol kanan
<input type="checkbox"/>	tangan kanan mulai dari siku	<input type="checkbox"/>	jempol kiri
<input type="checkbox"/>	tangan kiri mulai dari siku	<input type="checkbox"/>	jari telunjuk kanan
<input type="checkbox"/>	tangan kanan mulai dari pergelangan	<input type="checkbox"/>	jari telunjuk kiri
<input type="checkbox"/>	tangan kiri mulai dari pergelangan	<input type="checkbox"/>	jari kelingking kanan
<input type="checkbox"/>	penglihatan sebelah mata	<input type="checkbox"/>	jari kelingking kiri
<input type="checkbox"/>	penglihatan kedua belah mata	<input type="checkbox"/>	jari tengah atau jari manis kanan
<input type="checkbox"/>	pendengaran kedua belah telinga	<input type="checkbox"/>	jari tengah atau jari manis kiri
<input type="checkbox"/>	pendengaran sebelah telinga	<input type="checkbox"/>	Lainnya. Sebutkan _____

11. Apakah Cacat yang terjadi akan berlangsung selamanya (permanen)? Tidak Ya. Jelaskan

12. Apakah Cacat yang terjadi masih dapat disembuhkan ? Tidak Ya. Jelaskan

13. Obat-obatan / tindakan/pembedahan yang dilakukan.



14. Diagnosa berhubungan dengan :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kecelakaan sebelumnya | <input type="checkbox"/> Kehamilan (untuk Perempuan) |
| <input type="checkbox"/> Penyakit yang sudah ada sebelumnya yaitu penyakit | <input type="checkbox"/> Penggunaan obat terlarang atau Narkotika |
| <input type="checkbox"/> Penyakit Kejiwaan | <input type="checkbox"/> Konsumsi alkohol/ minuman keras lainnya |
| <input type="checkbox"/> Penyakit Bawaan | <input type="checkbox"/> Percobaan bunuh diri |
| <input type="checkbox"/> AIDS/ Infeksi HIV | <input type="checkbox"/> Melukai diri sendiri |
| Jika Ya Jelaskan. | <input type="checkbox"/> Lain Lain. _____ |

15. Apakah diperlukan pengobatan/tindakan lebih lanjut untuk penyembuhan Cacat yang terjadi? Jelaskan

Saya, sebagai dokter yang merawat pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar sejauh pengetahuan yang saya miliki dan yakini, serta semua tindakan dan terapi yang diberikan sudah sesuai dengan standar operasional prosedur Rumah Sakit yang berlaku.

Diisi dan ditandatangani di _____, tanggal _____

Nama Dokter : _____

Spesialisasi : _____ No. SIP _____

Nama dan Alamat RS : _____

Tanda Tangan Dokter

Cap Rumah Sakit