

FORMULIR KLAIM CACAT TETAP TOTAL

(Disi oleh Pemegang Polis / Tertanggung / Penerima Manfaat-Ahli waris)

Agar mempercepat proses Klaim, harap semua pertanyaan di bawah ini dijawab dengan benar, lengkap dan jelas.

1. Pemegang Polis :
2. Nomor Polis :

DATA TERTANGGUNG/PESERTA

- Yang bertandatangan di bawah ini :
3. Nama Lengkap :
4. Jenis Kelamin :
5. Tempat, Tanggal lahir / Umur : , / / /Umur tahun
Tanggal Bulan Tahun
6. Alamat :
7. Nomor KTP / Identitas lain :
8. No Telepon / Handphone :

DATA KLAIM

9. Nama Rumah Sakit Tempat Perawatan :
- | 10. Keterangan Pekerjaan : | Sebelum Ketidakmampuan Tetap | Setelah Ketidakmampuan Tetap |
|---|------------------------------|------------------------------|
| a. Pekerjaan : | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| b. Nama Perusahaan : | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| c. Daftar tugas / aktifitas sehari-hari : | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

11. Apakah Tertanggung saat ini dapat melakukan aktivitas berikut tanpa dibantu oleh orang lain : Ya Tidak, beri tanda (x) pada pilihan dibawah ini
 Bepindah Tempat Bepakaian Makan Bergerak Mandi Buang Air

12. Penyebab Kecacatan :
 a. Penyakit Tanggal Mulai Terjadi / / *Tanggal Bulan Tahun* b. Kecelakaan Tanggal Kecelakaan / / *Tanggal Bulan Tahun*

13. Jika Kecacatan disebabkan oleh kecelakaan, apakah kecelakaan tersebut telah dilaporkan kepada pihak berwajib? Ya Belum
 Jika " Belum ", mohon di jelaskan alasannya

*Apabila tidak mencukupi dapat menggunakan kertas terpisah

14. Pada saat terjadinya kecelakaan, apakah Anda dalam kondisi sehat jasmani dan rohani ? Ya Tidak

15. Pada kegiatan apa atau dalam kesempatan apa kecelakaan itu terjadi ?

16. Apakah ada saksi yang melihat pada waktu kecelakaan terjadi ? Ya Tidak

Jika " Ya ", mohon berikan nama dan alamat lengkap saksi tersebut

Nama :

Alamat :

No. Telp :

17. Jika Kecacatan disebabkan oleh penyakit, mohon dijelaskan secara rinci

*Apabila tidak mencukupi dapat menggunakan kertas terpisah

18. Jika Kecacatan di sebabkan oleh kecelakaan, apakah ada anggota badan yang diamputasi ataupun hilang fungsinya Ya Tidak

Jika " Ya ", mohon berikan tanda (x) pada bagian anggota tubuh yang mana :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kedua tangan di atas pergelangan tangan | <input type="checkbox"/> Satu mata dan satu tangan di atas pergelangan tangan |
| <input type="checkbox"/> Kedua kaki di atas pergelangan kaki | <input type="checkbox"/> Satu mata dan satu kaki di atas pergelangan kaki |
| <input type="checkbox"/> Kedua mata | <input type="checkbox"/> Satu tangan dan satu kaki di atas pergelangan tangan dan pergelangan kaki |
| <input type="checkbox"/> Lainnya (jelaskan) <input type="text"/> | |

19. a. Berapa lama Tertanggung tidak bekerja karena cacat tersebut?

b. Kapan Tertanggung diperkirakan dapat bekerja kembali?

20. Apakah sebelumnya Tertanggung pernah mengalami cacat ? Ya Tidak

Jika " YA ", mohon jelaskan

21. Mohon berikan nama dan alamat Dokter atau Spesialis yang pernah dikunjungi sehubungan dengan Tertanggung / Peserta.

Nama Dokter	Alamat	Tanggal Kunjungan	Nama Penyakit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

22. Kapan kondisi cacat pertama kali dialami ? / /
Tanggal Bulan Tahun

23. Apakah Tertanggung juga dipertanggungkan untuk manfaat yang sama di perusahaan lain : Ya Tidak

Jika " Ya ", mohon dapat disebutkan Nomor Polis, tanggal berlaku polis dan nama perusahaan asuransi :

No.	Nama Perusahaan Asuransi	No Polis	Jenis Program Asuransi	Tanggal Mulai Asuransi
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

* Jika memerlukan tambahan keterangan, dapat menuliskan di lembar lain

DATA PEMBAYARAN KLAIM*

*Khusus untuk produk Individu

Apabila klaim disetujui, pembayaran klaim akan ditransfer ke

Nama Pemilik Rekening :
 No. Rekening :
 Nama Bank :
 Cabang :

PERNYATAAN PENERIMA MANFAAT

Dengan ini Saya / Kami memberitahukan kepada Penanggung bahwa jawaban dan pernyataan yang Saya / Kami buat adalah benar dan tepat; Serta tidak ada keterangan atau hal-hal lain yang disembunyikan.

Dengan ini Saya / Kami menyetujui bahwa pernyataan tertulis dan bukti-bukti dari semua Dokter yang memeriksa atau merawat Tertanggung, dan semua surat lainnya yang diminta oleh Penanggung akan menjadi bagian yang tak terpisahkan dari bukti klaim yang diajukan.

Segala akibat hukum dan atau kerugian yang timbul atas pernyataan yang belum lengkap atau benar akan menjadi tanggung jawab Saya.

SURAT KUASA

Dengan ini Saya/Kami menyetujui dan memberi kuasa kepada setiap Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Laboratorium, Institusi medis manapun, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Lembaga, atau Perorangan atau organisasi lainnya yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan pasien atau Tertanggung untuk menyerahkan setiap informasi kesehatan tidak terbatas pada data-data kesehatan kepada PT Asuransi Jiwa Nasional atau mereka yang diberi kuasa olehnya. Salinan dari Surat Kuasa ini berlaku dan mempunyai kekuatan Hukum yang sama dan sah seperti aslinya.

Ditandatangani di :

Tanggal : / /

Tanda Tangan & Nama Pemegang Polis

Tanda Tangan & Nama Tertanggung

 (Nama Lengkap & Tanda Tangan sesuai KTP)

 (Nama Lengkap & Tanda Tangan sesuai KTP)

Tanda Tangan & Nama Penerima Manfaat - Ahli Waris

 (Nama Lengkap & Tanda Tangan sesuai KTP)

Data Penerima Manfaat - Ahli Waris

Nama : _____
 Alamat : _____
 No. Telepon/HP : _____
 Hubungan dengan Tertanggung : _____