

FORMULIR KLAIM CACAT TETAP TOTAL

(Dilengkapi oleh Dokter)

Kepada Yth. Dokter yang merawat/mengobati.

Kami mohon kesediaan Dokter untuk mengisi Surat Keterangan Dokter ini dengan sebenarnya sesuai data yang ada dan Dokter ketahui. Terima kasih.

DATA-DATA PASIEN / TERTANGGUNG

- Nama Lengkap Pasien / Tertanggung :
- No. Pasien / Rekam Medis :
- Tanggal lahir / Umur : / / / Umur tahun
Tanggal Bulan Tahun
- Jenis Kelamin : Pria Wanita
- Alamat Pasien :

RINCIAN MEDIS

- Kecacatan yang diderita diakibatkan oleh : Penyakit Kecelakaan Mohon Jelaskan
- Diagnosa yang ditegakkan :
- Kapan nasabah pertama kali berkonsultasi sehubungan diagnosa tersebut diatas : / /
Tanggal Bulan Tahun
- Apakah Cacat tetap total ini berhubungan dengan :
**Beritanda (ceklis) yang sesuai*
 Kelainan bawaan Kehamilan Keguguran dan komplikasinya Kelainan atau penyakit kejiwaan
 Penggunaan alkohol, narkoba atau penyalahgunaan obat Kelainan/penyakit yang sudah diderita pasien sebelum menderita penyakit atau cedera ini
 Lainnya, jelaskan
- Kegiatan berikut yang pasien saat masih dapat melakukan hal-hal di bawah ini secara mandiri/sendiri :
**Beritanda (ceklis) yang sesuai*
 Berpindah Tempat Bergerak Berpakaian Mandi Makan Buang Air
- Berdasarkan pengetahuan Anda tentang kondisi pasien saat ini, apakah pasien tidak dapat melakukan pekerjaannya, yaitu pekerjaan yang biasa dilakukan untuk mendapatkan penghasilan atau gaji? Mohon jelaskan.

**Apabila tidak mencukupi dapat menggunakan kertas terpisah*

- Data riwayat penyakit, perawatan rumah sakit, pembedahan atau kecelakaan yang pernah diderita oleh pasien :

No.	Tanggal Perawatan	Keluhan / Gejala	Diagnosa	Tindakan / Pengobatan

**Apabila tidak mencukupi dapat menggunakan kertas terpisah*

- Mohon diberikan keterangan jika Tertanggung merupakan pasien rujukan dan atau Dokter merujuk Tertanggung kepada Dokter/Rumah sakit/Institusi lain. Tertanggung merupakan rujukan dari :

a.	Dokter / Rumah Sakit / Institusi	Alamat Lengkap

**Apabila tidak mencukupi dapat menggunakan kertas terpisah*

Tertanggung Saya rujuk kepada :

b.	Dokter / Rumah Sakit / Institusi	Alamat Lengkap

**Apabila tidak mencukupi dapat menggunakan kertas terpisah*

14. Jika ada, mohon berikan informasi lainnya yang dapat membantu bagian Klaim dalam memproses klaim ini.

**Apabila tidak mencukupi dapat menggunakan kertas terpisah*

Dengan ini Saya menyatakan bahwa Saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut di atas dan menyatakan bahwa semua keterangan tersebut adalah benar dan lengkap menurut sepengetahuan Saya dan catatan medis pasien.

Nama Dokter :

Alamat Rumah Sakit / Dokter :

Spesialisasi :

No. Telepon / HP :

Ditandatangani di : Tanggal : / /

Tandatangan Dokter

Stempel Rumah Sakit