



FORMULIR KLAIM KETIDAKMAMPUAN ASURANSI KUMPULAN

(Diisi oleh Peserta / Pasien)

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

Yang bertanda tangan di bawah ini :

DATA PASIEN	
Nama lengkap Pasien / No. Peserta	: _____ Jenis kelamin : <input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita
Nomor Polis / Nama Pemegang Polis	: _____
Penderita sebagai*	: Diri Sendiri / Istri / Suami / Anak / Lainnya : _____ (*:lingkari yang sesuai)
Tempat dan Tanggal Lahir	: _____ Nomor KTP / Identitas lain : _____
Pekerjaan penderita sebelum sakit	: _____
Penderita mengalami Ketidakmampuan / Cacat akibat : <input type="checkbox"/> Kecelakaan <input type="checkbox"/> Penyakit	
JIKA KARENA PENYAKIT	
Nama Penyakit / Gangguan Kesehatan	_____
Tanggal pertama kali timbul / gejala penyakit	□□ □□ □□ □□ □□ □□ Tanggal / bulan / tahun
JIKA KARENA KECELAKAAN	
Tanggal terjadinya kecelakaan	□□ □□ □□ □□ □□ □□ Tanggal / bulan / tahun
Lokasi Kejadiannya (Nama Jalan & Kota)	_____
Bagian tubuh yang terkena kecelakaan (jelaskan)	_____
Bagaimana kejadiannya ? (Mohon jelaskan terperinci)	_____ _____ _____
Nama & Alamat Dokter / RS / Klinik tempat konsultasi / perawatan PENYAKIT / KECELAKAAN	
Tanggal, bulan, tahun konsultasi / Periode Rawat	□□ □□ □□ □□ / □□ □□ □□ □□
Nama & alamat Dokter / RS / Klinik	_____
Keterangan pengobatan / Operasi	_____
Akibat Penyakit atau Kecelakaan tersebut apakah saat ini Penderita :	
Mengalami kelumpuhan / Ketidakmampuan bekerja secara total ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Jika "YA", mohon jelaskan : _____
Dapat melakukan kegiatan kehidupan sehari-hari (makan, berpakaian sendiri, dll) ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Jika "YA", mohon jelaskan : _____
Kehilangan salah satu anggota gerak (di atas pergelangan tangan / kaki) ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Jika "YA", mohon jelaskan : _____
Kehilangan kedua anggota gerak ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Jika "YA", mohon jelaskan : _____
Kehilangan fungsi / organ penglihatan satu mata ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Jika "YA", mohon jelaskan : _____
Kehilangan fungsi / organ penglihatan kedua mata ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Jika "YA", mohon jelaskan : _____
Mulai terjadinya kelumpuhan / kehilangan / ketidakmampuan ?	□□ □□ □□ □□ □□ □□ Tanggal / bulan / tahun
Jelaskan fungsi bagian tubuh yang lumpuh/hilang tersebut?	_____
Akibat ketidakmampuan / cacat tersebut	
Kapan Penderita mulai tidak dapat bekerja ?	□□ □□ □□ □□ □□ □□ Tanggal / bulan / tahun
Kapan Penderita mulai kembali bekerja ?	□□ □□ □□ □□ □□ □□ Tanggal / bulan / tahun
Perkiraan tanggal mulai dapat bekerja (bila saat ini Penderita masih dalam perawatan)	□□ □□ □□ □□ □□ □□ Tanggal / bulan / tahun
Jenis pekerjaan sekarang / yang akan dilakukan	_____
Jika karena ketidakmampuan / cacat, Penderita tidak dapat melakukan tugas pekerjaan semula (sebelum kecelakaan), maka :	
Jelaskan tugas pekerjaan Penderita yang tidak dapat dilakukan lagi	_____
Jelaskan tugas pekerjaan Penderita yang masih dapat dilakukan	_____ _____
Jika Penderita tidak dapat melakukan pekerjaan seperti sebelum kecelakaan, maka :	
Jelaskan jenis & tugas pekerjaan Penderita saat ini	_____
Nama & Alamat tempat bekerja baru	_____
PERNYATAAN DAN SURAT KUASA	
Dengan ini Saya menyatakan bahwa Saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan - pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan benar. Dengan ini Saya memberi kuasa yang tidak akan berakhir karena sebab - sebab yang tercantum dalam pasal 1813 KUHP 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 Peserta untuk memberitahukan kepada PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia atau mereka yang diberi kuasa olehnya segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Peserta. Fotocopy dari Surat Kuasa ini sama kuat dan sah seperti aslinya.	
Ditandatangani di _____ Tanggal _____ / _____ / _____	(_____) Tanda tangan dan Nama jelas



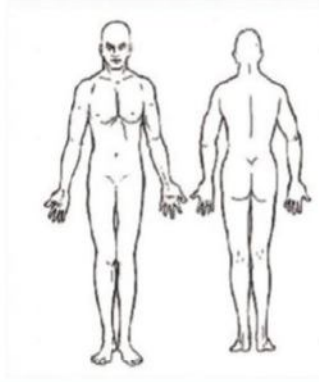
SURAT KETERANGAN DOKTER KLAIM KETIDAKMAMPUAN ASURANSI KUMPULAN

Kepada Yth. Dokter yang merawat / mengobati.

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

DATA – DATA PASIEN	
Nama Pasien : _____	No.Pasien / Rekam Medis : _____
Tanggal Lahir / Umur : ____ / ____ / ____ / ____ Tahun	Jenis Kelamin : <input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita
Alamat Pasien : _____	Pekerjaan : _____
Penderita mengalami Ketidakmampuan / Cacat akibat : <input type="checkbox"/> Kecelakaan <input type="checkbox"/> Penyakit <input type="checkbox"/> Lainnya :	
Tanggal Pemeriksaan Tanggal Perawatan	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tanggal / Bulan / Tahun <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> s/d <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Jika Karena Penyakit DIAGNOSA Penyakit dan Penyebabnya Penyebab Diagnosa tersebut Tanggal didiagnosa	_____ _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tanggal / Bulan / Tahun
Jika Karena Kecelakaan Tanggal terjadinya Kecelakaan Tempat / Lokasi terjadinya Kecelakaan	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tanggal / Bulan / Tahun _____
Apakah Diagnosa di atas berhubungan dengan HIV/ AIDS, mengkonsumsi alkohol / penggunaan / ketergantungan pada narkotika / zat lain / atau obat – obatan tanpa resep atau gangguan psikis, psikiatri, atau mental, atau jiwa (termasuk stres) ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK Mohon penjelasannya : _____ _____
Apakah Pasien ini mengunjungi Sejawat lebih dari satu kali untuk berkonsultasi ? Jika YA Tanggal pertama konsultasi ? Berapa kali Pasien ini telah berkonsultasi dengan Teman Sejawat? Mohon berikan seluruh data / konsultasi / kunjungan Pasien ini sejak pertama kali sampai dengan terakhir kali (*gunakan lembar tambahan jika diperlukan) (Tanggal kunjungan, Keluhan dan gejala, Diagnosa Penyakit / kecelakaan) Jika TIDAK Kapan pertama kali Pasien ini berkonsultasi ? Keluhan & Gejala Penyakit / Kecelakaannya Diagnosa Sejawat atas Penyakit atau Kecelakaannya	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tanggal / Bulan / Tahun _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tanggal / Bulan / Tahun _____ _____ _____
Hasil pemeriksaan fisik (tensi, denyut jantung / nadi, cor – pulmo, dll) Hasil pemeriksaan penunjang (Laboratorium, Radiologi, EKG, PA, dll)	Tensi : _____ Nadi : _____ Suhu : _____ Pernafasan : _____ Kesadaran : _____
Apakah Penyakit atau Kecelakaannya. Apakah : Telah terdapat komplikasi Terjadi kelumpuhan / kehilangan fungsi / organ ? Mohon jelaskan bagian tubuh yang mengalami kelumpuhan / kehilangan fungsi / organ ? Pasien menjadi tidak mampu bekerja secara total ? Pasien kehilangan anggota gerak (di atas pergelangan tangan / kaki) - Satu anggota gerak ? - Kedua anggota gerak ? Pasien kehilangan fungsi / organ penglihatan : - Satu mata ? - Kedua mata ?	<input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Jika "YA", mohon jelaskan : _____ <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Jika "YA", mohon jelaskan : _____ _____ <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Jika "YA", mohon jelaskan : _____ <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Jika "YA", mohon jelaskan : _____ <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Jika "YA", mohon jelaskan : _____ <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Jika "YA", mohon jelaskan : _____ <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Jika "YA", mohon jelaskan : _____ <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Jika "YA", mohon jelaskan : _____ <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK, Jika "YA", mohon jelaskan : _____

**BUKUR KETERANGAN DOKTER KLAIM KETIDAKMAMPUAN
ASURANSI KUMPULAN**

<p>Keadaan Penyakit atau Kecelakaan saat ini : _____</p> <p>Lokasi Penyakit atau Luka / Cidera-nya : (Mohon beri tanda pada gambar di samping)</p>		
<p>Apakah ketidakmampuan/cacat Pasien ini akan menetap selamanya ?</p> <p><input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK</p> <p>Jika YA, Mohon berikan kapan KEMUNGKINAN Pasien dapat memulai kembali untuk suatu pekerjaan berpenghasilan</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tanggal / Bulan / Tahun</p> <p>Jika TIDAK Kapan Pasien ini diperkirakan akan pulih kembali dan dapat bekerja?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tanggal / Bulan / Tahun</p>		
<p>Mengingat pekerjaan Pasien sebelum sakit atau Kecelakaan, apakah setelah adanya cacat ini, ia akan dapat melakukan pekerjaannya kembali?</p> <p><input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK</p> <p>Jika YA, mohon jelaskan secara rinci : _____ _____ _____</p> <p>Jika TIDAK, mohon berikan contoh bidang pekerjaan yang masih akan dapat dikerjakannya : _____ _____</p>		
<p>Apakah ada keadaan lain(misal : cacat fisik, riwayat penyakit dahulu, atau ketergantungan zat/obat/narkotik, alkohol, dll) yang turut berperan dalam terjadinya PENYAKIT atau KECELAKAAN Pasien ini atau yang dapat memperpanjang masa istirahat (invalid)?</p> <p><input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK</p> <p>Mohon Jelaskan : _____ _____</p>		
<p>Nama & Alamat Dokter / Rumah Sakit lainnya yang telah mengobati Pasien ini untuk Penyakit atau Kecelakaan yang sama :</p> <p>- Tanggal Konsultasi</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>- Nama & Alamat Dokter / Rumah Sakit</p> <p>- Keterangan lain, pengobatan, operasi, dll</p>		
<p>Mohon berikan keterangan lainnya yang Sejawat pikirkan atau perkiraan ada hubungannya dengan Penyakit atau Kecelakaannya?</p> <p>_____ _____</p>		
<p>Dengan ini Saya menyatakan bahwa Saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar :</p> <p>Nama Dokter : _____</p> <p>Alamat Dokter / RS : _____</p> <p>No. Telepon / HP : _____</p>		
<p>_____</p> <p>Tempat & Tanggal</p>	<p>_____</p> <p>Tanda Tangan Dokter</p>	<p>_____</p> <p>Cap Rumah Sakit</p>