

FORMULIR KLAIM - PENYAKIT KRITIS

Formulir ini diisi oleh Pemegang Polis

Jawablah pertanyaan di bawah ini dengan lengkap dan jujur sehingga kami dapat memproses klaim dengan cepat. Jangan menggunakan tanda dan symbol.

Nomor Polis : _____

- Dokumen terlampir (wajib)** :
1. Polis Asli
 2. Fotokopi kartu identitas Tertanggung
 3. Fotokopi kartu identitas Pemegang Polis
 4. Formulir Klaim Penyakit Kritis yang diisi dengan lengkap oleh Pemegang Polis
 5. Formulir Surat Keterangan Dokter tentang Penyakit yang diderita
 6. Formulir Surat Kuasa Pelepasan Informasi dan Data Medik
 7. Fotokopi buku tabungan yang mencantumkan informasi mengenai nomor rekening
 8. Copy hasil pemeriksaan medis yang menunjang untuk pengajuan klaim penyakit kritis
 9. Lainnya, jelaskan _____

Catatan:

- Apabila Pemegang Polis adalah Individu, maka diwajibkan untuk mengisi "DATA PERTUKARAN INFORMASI ANTAR NEGARA-INDIVIDU" pada formulir terpisah
- Apabila Pemegang Polis adalah perusahaan, maka diwajibkan untuk mengisi "FORMULIR DATA PERTUKARAN INFORMASI ANTAR NEGARA-PERUSAHAAN" pada formulir terpisah

A. DATA PEMEGANG POLIS

Nama : _____

Tempat/tanggal lahir : _____ Negara tempat lahir : _____

Jenis identitas : KTP SIM Passport KIMS KITAS

No identitas : _____

Tanggal berakhirnya identitas : ____ / ____ / ____
tgl bln tahun

Kewarganegaraan : _____

Pekerjaan : _____

Alamat : _____

Kota : _____ Kode Pos : _____

Propinsi : _____ Negara : _____

Nomor Telepon : Telepon (R) : _____ Telepon (K) : _____

Handphone : _____

Alamat email : _____

Untuk Manfaat Payor Benefit / Waiver Of Premium : Apa nama penyakit yang diderita ? : _____

Tanggal pertama kali Tertanggung berobat ke dokter ? : ____ / ____ / ____
tgl bln tahun

Tanggal dinyatakan menderita penyakit kritis : ____ / ____ / ____
tgl bln tahun

B. DATA TERTANGGUNG

Nama : _____

Tempat/tanggal lahir : _____ Negara tempat lahir : _____

Jenis identitas : KTP SIM Passport KIMS KITAS

No identitas : _____

Tanggal berakhirnya identitas : _____ / _____ / _____
tgl bln tahun

Kewarganegaraan : _____

Alamat : _____

Kota : _____ Kode Pos : _____

Propinsi : _____ Negara : _____

Nomor Telepon : Telepon (R) : _____ Telepon (K) : _____
 Handphone : _____

Apa nama penyakit yang diderita ? : _____

Tanggal pertama kali Tertanggung berobat ke dokter ? : _____ / _____ / _____
tgl bln tahun

Tanggal dinyatakan menderita penyakit kritis : _____ / _____ / _____
tgl bln tahun

C. KETERANGAN TAMBAHAN

Polis Asuransi Jiwa / Kesehatan / Kecelakaan lain yang dimiliki Tertanggung

No	Nama Perusahaan	No Polis	Uang Pertanggungan	Jenis Asuransi (jiwa/kesehatan/kecelakaan)	Tanggal Mulai
					____ / ____ / ____ <small>tgl bln tahun</small>
					____ / ____ / ____ <small>tgl bln tahun</small>
					____ / ____ / ____ <small>tgl bln tahun</small>
					____ / ____ / ____ <small>tgl bln tahun</small>
					____ / ____ / ____ <small>tgl bln tahun</small>

D. KETERANGAN MENGENAI RIWAYAT PENYAKIT/KONSULTASI

1. a. Apa nama penyakit yang diderita ?

--

- b. Kapan Tertanggung merasakan keluhan atau menunjukkan indikasi dari penyakit yang dideritanya ?

____ / ____ / ____
 tgl bln tahun

- c. Kapan pertama kali Tertanggung diperiksa ke dokter untuk penyakit yang dideritanya ?

____ / ____ / ____
 tgl bln tahun

2. Tanggal dinyatakan menderita penyakit kritis : ____ / ____ / ____
 tgl bln tahun

3. a. Apakah Tertanggung pernah menderita penyakit kritis sebelumnya ? Ya Tidak

- b. Jika Ya, sebutkan sejak kapan ?

____ / ____ / ____
 tgl bln tahun

- c. Jelaskan secara rinci pemeriksaan dan pengobatan yang telah diberikan ?

--

- d. Nama dan alamat dokter yang pernah merawat Tertanggung selama ini

No	Nama Dokter	Alamat	Tanggal Pemeriksaan
			____ / ____ / ____ tgl bln tahun
			____ / ____ / ____ tgl bln tahun
			____ / ____ / ____ tgl bln tahun
			____ / ____ / ____ tgl bln tahun
			____ / ____ / ____ tgl bln tahun

4. Jelaskan secara rinci penyakit lain yang pernah diderita oleh Tertanggung

--

5. Sebutkan nama dan alamat Klinik / RS / Dokter / Puskesmas yang pernah dikunjungi oleh Tertanggung

No	Nama RS / Klinik / Dokter	Alamat	Telepon

