

Nomor Polis/ Sertifikat :

### FORMULIR KLAIM CACAT TETAP

- Mohon diisi dengan HURUF CETAK KAPITAL didalam kotak yang tersedia secara jelas dan lengkap, serta memberi tanda ✓ pada kotak jawaban yang sesuai.
- Jangan dihapus ketika ada kesalahan penulisan/ pengisian, cukup dicoret dan bubuhkan tanda tangan Pengaju Klaim pada sampingnya sebelum mengisi jawaban yang benar.
- Mohon tidak menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong dan pastikan semua pertanyaan telah diisi dengan lengkap dan benar sebelum menandatangani.
- Apabila Peserta memiliki lebih dari 1 (satu) Polis atas produk yang sama, cukup melengkapi 1 formulir saja dengan mencantumkan semua nomor Polis yang dimiliki.
- Yang berhak mengajukan klaim adalah Pemegang Polis. Apabila Pemegang Polis sama dengan Peserta dan telah meninggal dunia, maka yang berhak mengajukan adalah Penerima Manfaat.

#### A. DATA PENGAJU KLAIM

1. Nama Lengkap :

2. Nomor e-KTP :

3. Jenis Kelamin :  Laki-Laki  Perempuan

4. Tanggal Lahir (tgl/bln/thn) :  /  /

5. Nomor HP/ Telepon :

6. Email :

7. Hubungan dengan Peserta :  Suami/ Istri  Orang Tua  Anak Kandung  Lain-Lain, sebutkan : \_\_\_\_\_

#### B. DATA PESERTA (PASIEN)

8. Nama Peserta :

9. Jenis Kelamin :  Laki-Laki  Perempuan

10. Tanggal Lahir (tgl/bln/thn) :  /  /

11. Nomor HP/ Telepon :

12. Email :

#### C. DATA / KETERANGAN KLAIM

13. Apakah kondisi kecacatan disebabkan oleh kecelakaan?  Ya  Tidak, jelaskan : \_\_\_\_\_

14. Apakah ada anggota tubuh yang hilang secara fisik (diamputasi)?  Ya  Tidak

15. Sebutkan semua kondisi cacat/ kehilangan fisik (amputasi)/ kehilangan fungsi yang diderita?

16. Nama dan alamat Rumah Sakit yang merawat?

17. Pekerjaan terakhir?

18. Nama dan alamat tempat/ kantor bekerja?

19. Apakah klaim yang diajukan merupakan penjaminan BPJS Kesehatan?  Ya  Tidak

20. Apakah klaim yang diajukan merupakan penjaminan atau dilindungi juga oleh perusahaan asuransi lain?  Ya  Tidak

21. Jika Ya, mohon sebutkan nama perusahaan asuransi lain tersebut?

#### D. DATA / INFORMASI REKENING PEMBAYARAN KLAIM (Jika Disetujui)

22. Nama Bank :

23. Kantor Cabang :

24. Nomor Rekening :

25. Nama di Rekening:

#### E. PERNYATAAN PENGAJU KLAIM, PEMEGANG POLIS DAN PESERTA

Dengan ini Saya/ Kami, atas nama diri sendiri, perusahaan atau badan hukum yang mungkin mempunyai kepentingan atau tuntutan terhadap asuransi ini, menyatakan bahwa :

- Semua pernyataan, keterangan atau jawaban dalam formulir pengajuan ini dan dokumen pendukungnya (jika ada) adalah lengkap dan benar, serta dibuat/ disampaikan dengan sebenar-benarnya dan dapat digunakan sebagai dasar pengajuan klaim.
- Akibat hukum dan/atau kerugian yang timbul karena ditandatanganinya formulir ini dalam keadaan kosong atau belum terisi lengkap akan sepenuhnya menjadi tanggung jawab Saya/ Kami.
- Menyetujui bahwa pembayaran klaim akan dilakukan setelah seluruh persyaratan dokumen diterima dengan lengkap dan pengajuan klaim disetujui sesuai dengan ketentuan Polis.

**F. PEMBERIAN KUASA PENGAJU KLAIM, PEMEGANG POLIS DAN PESERTA**

Saya/ Kami dengan ini memberikan kuasa kepada dokter, rumah sakit, klinik, perusahaan, perorangan atau badan hukum lainnya yang memiliki catatan atau data, atau mengetahui tentang keadaan kesehatan Saya/ Kami, untuk memberikan/ memberitahukan kepada PT Capital Life Syariah atau pihak yang mewakilinya atas semua keterangan mengenai diri dan keadaan kesehatan Saya/ Kami, riwayat pengobatan atau perawatan rumah sakit, nasihat - nasihat dokter atau riwayat penyakit. Pemberian kuasa ini tidak dapat ditarik kembali dan mengikat para ahli waris/ penerima manfaat, dan tetap berlaku setelah Saya/ Kami meninggal dunia atau dalam keadaan cacat. Fotokopi lembar formulir ini (pernyataan dan surat kuasa) memiliki kekuatan yang sama seperti aslinya.

Ditandatangani di

Tanggal (tgl/bln/thn)  /  /

Tanda Tangan  
Pengaju Klaim/ Pemegang Polis

Tanda Tangan  
Peserta (apabila Pengaju Klaim berbeda dengan Peserta)

- Mohon lampirkan:
- Fotokopi bukti identitas diri (e-KTP).
  - Kronologis terjadinya kecelakaan/ sakit dan cacat yang dialami.
  - Fotokopi catatan/ resume medis.
  - Fotokopi hasil pemeriksaan medis penunjang laboratorium, rontgen dsb.
  - Fotokopi legalisir surat keterangan kepolisian (jika akibat kecelakaan)
  - Dokumen lain yang diperlukan untuk klarifikasi/ informasi lebih lanjut.

Catatan dari Pengaju Klaim : .....

.....

.....

**G. KETERANGAN DOKTER (mohon diisi oleh Dokter yang merawat)**

1. Nama Pasien :
2. Jenis Kelamin :  Laki-Laki  Perempuan
3. Tanggal Lahir (tgl/bln/thn) :  /  /
4. Nomor Rekam Medis :
5. Tanggal perawatan (tgl/bln/thn) :  /  /  sampai dengan  /  /
6. Apakah Anda adalah Dokter yang merawat kondisi cacat/ kehilangan fungsi atas Pasien ini?  Ya  Tidak
7. Sejak kapan Pasien menderita kecacatan? (tgl/bln/thn) :  /  /
8. Sebab atau alasan kecacatan?  Kecelakaan  Penyakit  Lainnya, mohon jelaskan : \_\_\_\_\_
9. Apakah sebelumnya Pasien telah memiliki kondisi cacat/ kehilangan fungsi ini?  Ya \*)  Tidak  
\*) jika jawabannya Ya, mohon berikan penjelasannya pada kolom Catatan Dokter dibawah.
10. Apakah pada saat ini Pasien telah menderita cacat/ kehilangan fungsi secara tetap (permanen)?  Ya  Tidak
11. Diagnosa yang ditegakkan?
12. Cacat/ kehilangan fungsi yang tidak dapat disembuhkan tersebut (permanen) adalah pada: (mohon berikan tanda ✓ yang sesuai dengan kondisi Pasien)
 

<input type="checkbox"/> Kedua tangan	<input type="checkbox"/> Lengan kanan mulai dari bahu	<input type="checkbox"/> Jari telunjuk tangan kanan, sebutkan : ____ ruas
<input type="checkbox"/> Kedua kaki	<input type="checkbox"/> Lengan kiri mulai dari bahu	<input type="checkbox"/> Jari telunjuk tangan kiri, sebutkan : ____ ruas
<input type="checkbox"/> Kedua mata	<input type="checkbox"/> Tangan kanan mulai dari siku	<input type="checkbox"/> Jari tengah atau jari manis tangan kanan, sebutkan : ____ ruas
<input type="checkbox"/> Kedua telinga	<input type="checkbox"/> Tangan kiri mulai dari siku	<input type="checkbox"/> Jari tengah atau jari manis tangan kiri, sebutkan : ____ ruas
<input type="checkbox"/> Satu tangan	<input type="checkbox"/> Tangan kanan mulai dari pergelangan	<input type="checkbox"/> Jari kelingking tangan kanan, sebutkan : ____ ruas
<input type="checkbox"/> Satu kaki	<input type="checkbox"/> Tangan kiri mulai dari pergelangan	<input type="checkbox"/> Jari kelingking tangan kiri, sebutkan : ____ ruas
<input type="checkbox"/> Satu mata	<input type="checkbox"/> Jempol tangan kanan, sebutkan : ____ ruas	<input type="checkbox"/> Satu jari kaki, sebutkan : ____ ruas
<input type="checkbox"/> Satu telinga	<input type="checkbox"/> Jempol tangan kiri, sebutkan : ____ ruas	<input type="checkbox"/> Lainnya, jelaskan: _____
13. Apakah ini Pasien rujukan?  Ya, mohon sebutkan nama dan alamat Dokter/ Rumah Sakit sebelumnya : \_\_\_\_\_  
 Tidak

Dengan ini, Saya sebagai Dokter dari Pasien menyatakan telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan benar.

14. Nama Dokter :
15. Alamat Dokter/ RS :
16. Nomor HP/ Telepon :

Ditandatangani di

Tanggal (tgl/bln/thn)  /  /

Nama Jelas dan Tandatangan Dokter

Nama dan Cap Stempel Rumah Sakit

Catatan Dokter :  
(jika ada, mohon berikan informasi lainnya yang menurut Dokter dapat membantu proses klaim Pasien ini)

.....

.....

.....