CHUBB

Formulir Klaim Cacat

Isilah pertanyaan-pertanyaan di bawah ini dengan lengkap dan benar. Diperbolehkan menggunakan lembaran kertas lain apabila lembaran ini tidak cukup. Wajib diisi oleh dokter.

Mohon diperhatikan bahwa apabila fakta yang dituliskan tidak lengkap dan benar, maka pertanggungan asuransi ini dapat dinyatakan batal.

Tanggal Pelayanan : | | | – | | | – | | | | |

* Tempat Pelayanan :

Nama Pasien :

* No.Polis :

Hubungan dengan Pemegang Polis : ☐ Sendiri ☐ Suami/Istri ☐ Anak

Tanggal Perawatan : | | | – | | | – | | | | |

No.	Pertanyaan	Penjelasan		
1.	Anamnesa : - Keluhan Utama/Tambahan ? - Gejala yang pertama kali dirasakan - Sejak kapan mengalami cacat ? - Adakah penyakit lain yang berhubungan dengan kondisi sekarang? - Menurut dokter, pernahkah pasien mengalami kondisi yang sama Jika " Ya", kapan (Tgl/Bln/Thn) - Jika disebabkan kerena kecelakaan, kapankah terjadinya kecelakaan tersebut? - Bila cacat disebabkan kecelakaan , apakah pasien berada dalam pengaruh minuman keras/narkoba ketika kecelakaan terjadi? - Apakah penyakit timbul akibat dari pekerjaan pasien? - Adakah indikasi rawat inap sesuai dengan tindakan medis dan saran medis? - Apakah pasien mengajukan permohonan untuk perpanjangan perawatan?			
2.	a. Tanggal konsultasi pertama kali sehubungan penyakit yang diderita? b. Sejak kapan dokter menjadi dokter yang biasa dikunjungi nasabah?			
3.	Nama/alamat dokter/Rumah Sakit yang mengobati/merawat sebelumnya tanggal konsultasi	Nama Dr	Alamat	Tgl konsultasi
4.	a. Bagian tubuh yang mengalami cacat : b. Apakah berhubungan dengan pekerjaan? c. Apakah dengan keadaan cacat sekarang mempengaruhi/membatasi gerak dalam pekerjaan?			
5.	Cacat : - Penyebabnya - Bagian tubuh yang terkena - Sifat cacat			
6.	Sifat cacat, jika bersifat sementara, jelaskan kemungkinan akan sembuh kembali seperti semula kapan?			
7.	Apakah Cacat tersebut dapat sembuh total/sempurna? - Bila "Ya", kapan perkiraan sembuh? (Tgl/Bln/Thn) - Bila tidak berapa % penurunan fungsi yang terjadi? - Berapa lama waktu untuk penilaian kembali? (Tgl/Bln/Thn)			
8.	Bagaimana keadaan umum pasien saat ini dalam pemeriksaan? - Diagnosa : - Prognosanya :			

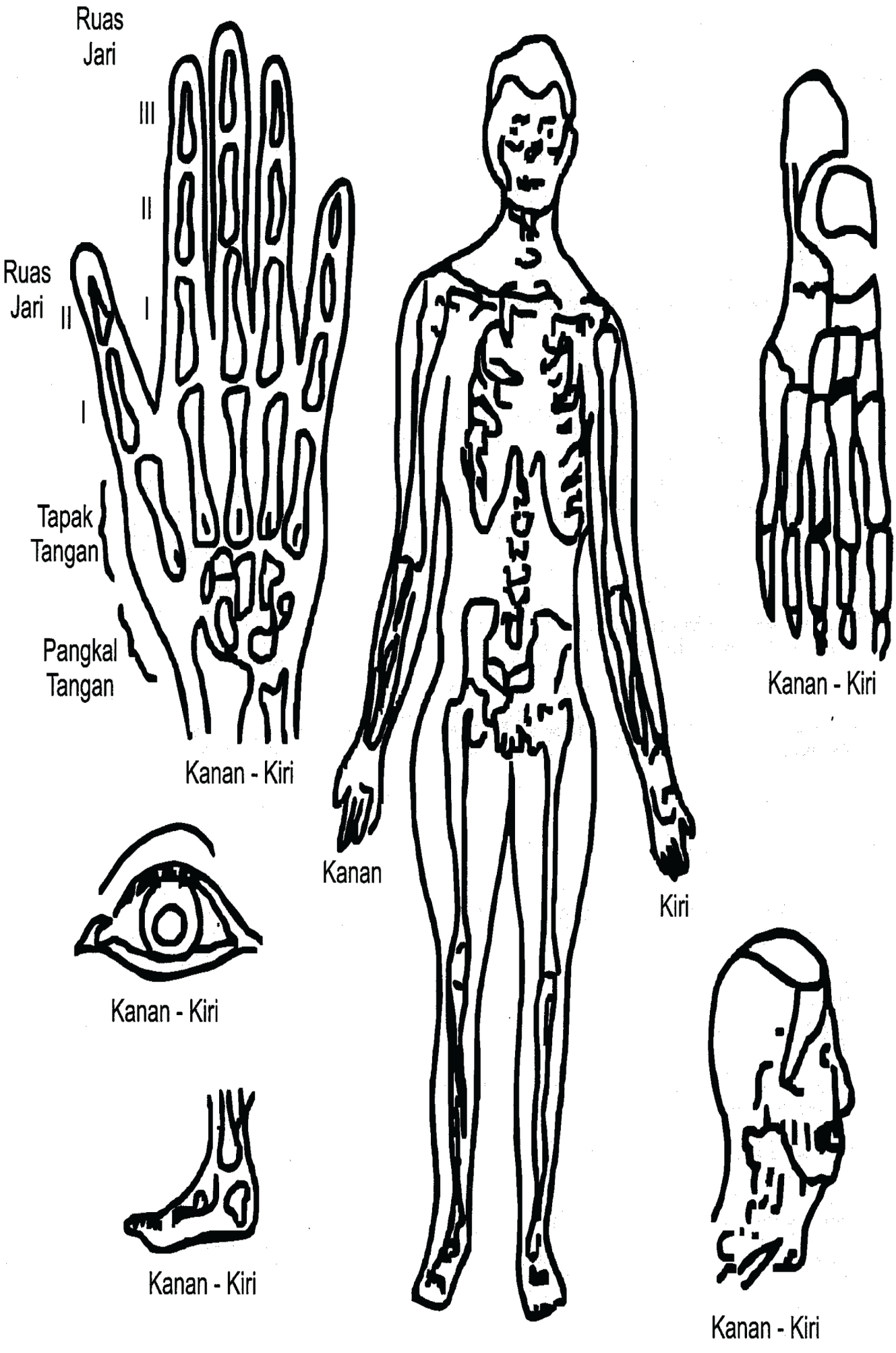
Demikian keterangan dalam formulir ini saya berikan sesuai dengan keadaan sebenarnya.
Note: Jawaban TS harap disampaikan secara rahasia dengan menggunakan sampul tertutup, dan dialamatkan kepada PT Chubb Life Insurance Indonesia.

Ditandatangani di

Nama, Tanda tangan & Stempel
Dokter/RS yang merawat

Nama

h	h	b	b	t	t	t	t


Ruas Jari
III
II
I
Ruas Jari
II
I
Tapak Tangan
Pangkal Tangan
Kanan - Kiri
Kanan
Kiri
Kanan - Kiri
Kanan - Kiri
Kanan - Kiri
Kanan - Kiri