

FORMULIR KLAIM KECELAKAAN (Dilengkapi oleh Dokter)

(Semua pertanyaan harap dijawab dengan lengkap dan benar, dan beri tanda ✓ pada pilihan yang sesuai)
(Penulisan tanggal selalu menggunakan format tanggal-bulan-tahun)

1 Nama Lengkap Tertanggung ("Pasien"):

Tanggal Lahir/Usia:

 - - / Tahun

Nomor Rekam Medis/Register :

Jenis Layanan :

 Rawat Inap Rawat Jalan Lainnya,

2 Rincian Medis

a. Diagnosa yang ditegakkan:

Kapan nasabah pertama kali berkonsultasi sehubungan diagnosa tersebut di atas

Apakah diagnosa tersebut di atas akibat langsung dan semata-mata akibat dari kecelakaan ?

 Ya Tidak

Jika "Tidak", mohon jelaskan secara rinci penyebabnya :

Jika kecelakaan tersebut menyebabkan luka, mohon jelaskan detail dari luka-luka tersebut

b. Mohon sebutkan dan jelaskan pengobatan yang dilakukan sehubungan diagnosa di atas (termasuk pembedahan yang dilakukan)

c. Apakah luka-luka tersebut di atas merupakan penyebab langsung sehingga Pasien mengalami:

Meninggal Dunia

Cacat Tetap Total

Cacat Tetap sebagian*

Rawat Inap

* Mohon lanjutkan dengan melengkapi Daftar Cacat Tubuh di lembar selanjutnya

d. Apakah ada hubungan antara kecacatan yang sekarang ini dengan penyakit atau kecelakaan sebelumnya?

 Ya Tidak

Jika "Ya" mohon dapat dijelaskan

e. Jika menjalani rawat inap, apakah perawatan ini atas permintaan pasien sendiri:

 Ya Tidak

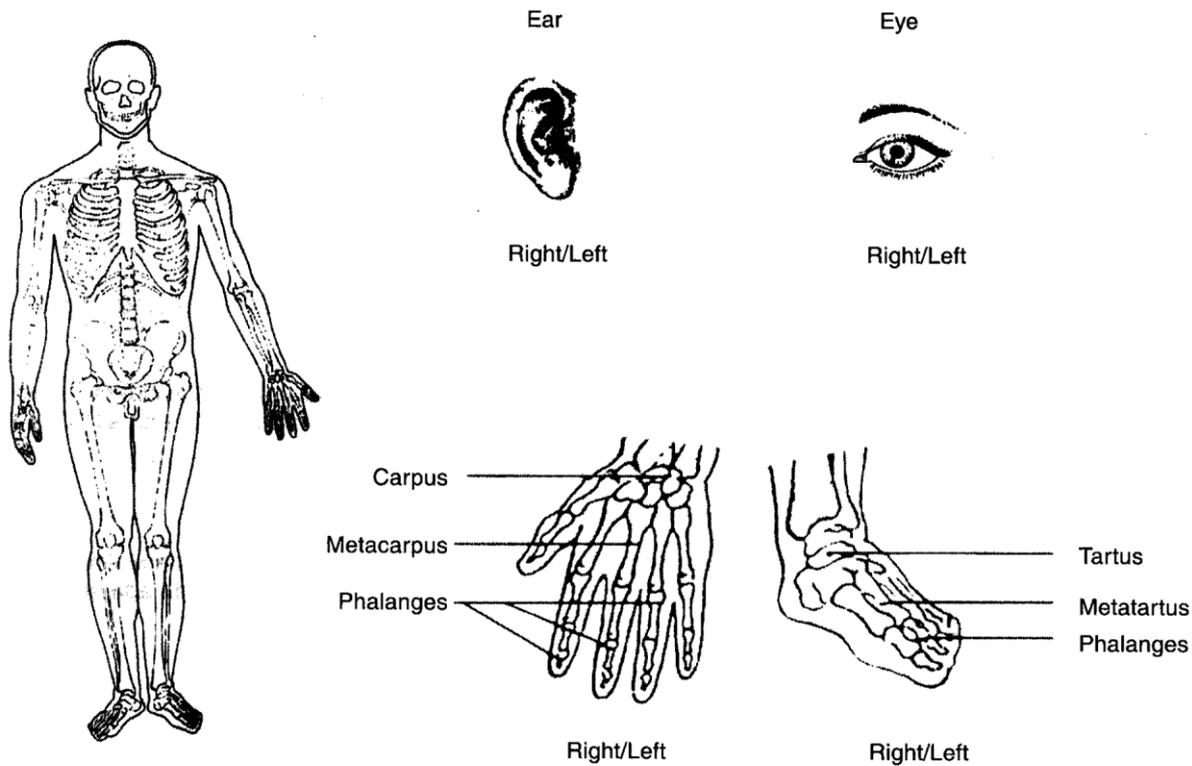
Jika "Tidak", mohon jelaskan indikasi rawat inapnya :

3 Menurut riwayat catatan medis pasien, mohon sebutkan riwayat perawatan atas penyakit dan/ atau cedera tubuh yang pernah dialami pasien sebelumnya

Tanggal Perawatan	Diagnosa	Pemeriksaan Diagnosa	Terapi

4 Apabila pasien mengalami kecacatan tetapi tidak kehilangan anggota tubuhnya, mohon sebutkan letaknya (seperti gambar di bawah ini) dan berapa persen tingkat kecacatannya

Jika pasien mengalami kehilangan anggota badan, mohon jelaskan dan tunjukkan pada gambar di bawah ini



Deklarasi dan Otorisasi Dokter

Dengan ini Saya menyatakan bahwa keterangan di atas adalah yang sebenar-benarnya dan selengkap-lengkapny menurut sepengetahuan Saya dan catatan medis Pasien.

Ditandatangani di:

Tanggal: - -

Data Dokter dan RS (Tempat Perawatan)

Nama Dokter:

No. Telp/Ponsel:

Ahli/Kualifikasi:

Nama Rumah Sakit:

Alamat Rumah Sakit:

Tanda Tangan (sesuai KTP)

Stempel Rumah Sakit