

FORMULIR KLAIM KECELAKAAN (Dilengkapi oleh Pemegang Polis/Tertanggung/Ahli Waris)

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

A. Data Pemegang Polis & Tertanggung

1. Nomor Polis :
2. Nama Pemegang Polis :
3. Nama Tertanggung :
4. Tanggal Lahir Tertanggung : - - Usia: Tahun
5. Alamat :
6. No Telepon/ Handphone :

B. Data Klaim (beri tanda ✓ pada pilihan yang sesuai)

1. Jenis Klaim Kecelakaan : Meninggal Kecelakaan, tanggal: - -
 Cacat Tetap Sebagian Biaya Perawatan Medis Cacat Tetap Total
2. Penyebab Jenis Kecelakaan : Kecelakaan Kerja Kecelakaan Lalu lintas
 Kecelakaan lainnya, mohon sebutkan
3. Tempat Kecelakaan: Tanggal Kecelakaan: - -

Jelaskan secara terperinci kronologis kecelakaan*):

**) Mohon lampirkan laporan kepolisian*

4. Akibat kecelakaan ini, Tertanggung direkomendasikan untuk dirawat inap? Ya Tidak

Jika "Ya" mohon sebutkan

Nama Rumah Sakit :

Tanggal Perawatan/ jumlah hari: Dari s/d = Hari

5. Jika kecelakaan ini membuat kecacatan atau ketidakmampuan maka lengkapi pernyataan di bawah ini

Mohon jelaskan kecacatan/ ketidakmampuan yang terjadi:

Tidak dapat masuk kerja : Dari s/d

6. Apakah Tertanggung juga dipertanggungkan untuk manfaat yang sama di perusahaan lain: Ya Tidak

Jika "Ya", mohon dapat disebutkan Nomor Polis, tanggal berlaku polis dan nama perusahaan asuransi **):

***) Jika memerlukan tambahan keterangan, dapat menulis di lembar lain.*

C. Data Pembayaran Klaim

Apabila klaim disetujui, Pembayaran klaim akan ditransfer ke:

1. Nama Pemilik Rekening :
2. No. Rekening :
3. Nama Bank :
4. Cabang :

Ditandatangani di :

Tanggal: - -

Yang Mengajukan Klaim (Pemegang Polis)

Yang Mengajukan Klaim (Penerima Manfaat)

(Nama Lengkap & Tanda Tangan Sesuai KTP)

(Nama Lengkap & Tanda Tangan Sesuai KTP)

Tenaga Penjual yang membantu

*Khusus untuk Produk Non DMTM dan/atau Non Group

Nama Tenaga Penjual :

Kode Tenaga Penjual:

Nama Cabang :

Kode Cabang:

Nomor Telepon :

Nomor Ponsel:

Alamat email :

Pengajuan Klaim Rawat Inap harus disertai dengan dokumen-dokumen sebagai berikut:

- Formulir Klaim Rawat Inap - Asli
- Surat Keterangan Dokter - Asli
- Kuitansi /bukti pembayaran dari Rumah Sakit dan seluruh perinciannya – Asli/Fotokopi legalisir
- Hasil pemeriksaan penunjang (Laboratorium, Radiologi, EKG, dll)
- Dokumen lain yang dianggap perlu

Surat Kuasa Pemberian Rekam Medik

(Diisi oleh Tertanggung, Pemegang Polis atau Ahli Waris)

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Lengkap : _____
Tanggal Lahir (tanggal/bulan/tahun) : - -
Alamat & No. Telepon : _____
No Identitas Diri/KTP : _____
Hubungan dengan Tertanggung : Sendiri Suami Istri Anak

Dengan ini Saya memberi kuasa penuh kepada:

1. Dokter, Rumah Sakit/Klinik maupun institusi pelayanan medis lainnya untuk memberikan keterangan dan/atau catatan medis, sehubungan dengan diagnosa dan/atau pelayan medis yang diberikan kepada Saya atau keluarga Saya yang menjadi Tertanggung, dan
2. PT Asuransi Jiwa BCA untuk mendapatkan informasi medis dari setiap Dokter yang merawat/Dokter yang mewakili Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Praktisi Medis, setiap perusahaan asuransi atau orang lain yang telah memeriksa, merawat atau mengobati pasien tersebut diatas, mengenai segala hal yang diperlukan sehubungan dengan kesehatan dalam rangka memproses klaim asuransi yang Saya ajukan.

Saya setuju bahwa salinan Surat Kuasa ini memiliki kekuatan hukum yang sama dan sah seperti aslinya. Demikian Surat Kuasa ini Saya buat dengan sebenarnya dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Yang memberi kuasa,

(_____)

(Nama Lengkap & Tanda Tangan Sesuai KTP)

Tanggal: