

## FORMULIR KLAIM KETIDAKMAMPUAN TETAP /CACAT TETAP TOTAL (Dilengkapi oleh Penerima Manfaat)

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

**1** Nomor Polis:

Nama Pemegang Polis:

Nama Tertanggung:

Jenis Kelamin Tertanggung:  Laki-laki  Perempuan

Tempat Lahir Tertanggung:

Tanggal Lahir /Usia Tertanggung:  -  -  /  Tahun

**2** Nama Rumah Sakit Tempat Perawatan:

Nomor Rekam Medis:

<b>3</b> Keterangan Pekerjaan:	Sebelum Ketidakmampuan Tetap	Setelah Ketidakmampuan Tetap
Pekerjaan:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nama Perusahaan:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Daftar Tugas /Aktivitas sehari-hari:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Catatan: Jika Tertanggung tidak bekerja, jelaskan aktivitas Tertanggung sehari-hari sebelum dan setelah terjadinya Ketidakmampuan Tetap

**4** Apakah penyebab Ketidakmampuan Tetap?  Penyakit  Kecelakaan

Tanggal gejala penyakit timbul atau tanggal kecelakaan:  -  -

Jelaskan secara terperinci gejala-gejala penyakit atau cedera yang diderita:

**5** Apakah Tertanggung sekarang ini dapat melakukan aktivitas berikut ini tanpa dibantu oleh orang lain:

Memakai pakaian  Menggunakan toilet /WC  Bangun dari atau masuk ke tempat tidur

Jalan sendiri  Makan /minum  Duduk atau bangun dari posisi duduk

**6** Tanggal Tertanggung mulai tidak masuk kerja:  -  -

Tanggal Tertanggung mulai bekerja kembali atau diharapkan sudah bekerja kembali:  -  -

**7** Keterangan tentang nama Dokter & Rumah Sakit tempat Tertanggung berkonsultasi/berobat untuk Ketidakmampuan ini:

Nama Dokter /Rumah Sakit	Alamat	Tanggal Perawatan*	Nama Penyakit

\*Sebutkan tanggal mulai perawatan sampai dengan tanggal selesai perawatan

**8** Apakah Tertanggung juga dipertanggungkan untuk manfaat yang sama di Perusahaan Asuransi Jiwa lainnya?

Ya, Sebutkan di bawah     Tidak

Nama Perusahaan	Nomor Polis	Tahun (Periode) Pertanggunggan

**Pernyataan dan Kuasa**

Dengan ini Saya/Kami memberitahukan PT Asuransi Jiwa BCA bahwa Tertanggung di atas untuk Ketidakmampuan Tetap, dan Saya/Kami dengan ini menyatakan bahwa jawaban dan pernyataan yang Saya/Kami buat adalah benar dan tepat. Dengan ini Saya/Kami menyetujui bahwa pernyataan tertulis dan bukti-bukti dari semua Dokter yang memeriksa atau merawat Tertanggung, dan semua surat lainnya yang diminta oleh Perusahaan akan menjadi bagian yang tak terpisahkan dari bukti Ketidakmampuan Tetap.

Dengan ini Saya/Kami menyatakan kesediaan Tertanggung untuk diperiksa oleh Dokter dan team medis yang ditunjuk oleh Penanggung apabila diperlukan.

**Surat Kuasa**

Dengan ini Saya/Kami menyetujui dan memberikan kuasa kepada setiap Dokter atau orang yang telah merawat dan/atau yang memeriksa atau kepada setiap rumah sakit atau kepada Institusi dimana Tertanggung telah menerima pengobatan untuk menyerahkan setiap informasi kesehatan termasuk tetapi tidak terbatas pada data-data kesehatan, salinan dari Surat Kuasa ini berlaku dan mempunyai kekuatan hukum yang sama sebagaimana Surat Kuasa lainnya.

Ditandatangani di:  Tanggal:  -  -

Yang Mengajukan Klaim (Penerima Manfaat)

Alamat Tempat Tinggal Penerima Manfaat:

Nomor Telp /Hp:

(Nama Lengkap & Tanda Tangan Sesuai KTP)

Hubungan Dengan Tertanggung:

Diketahui Pemegang Polis: *(diisi oleh perwakilan dari Pemegang Polis)*

Nama Lengkap:

Jabatan:

Tanggal:  -  -

Tanda Tangan:

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 e-mail: