

## FORMULIR KLAIM TERMINAL ILLNESS

**(Dilengkapi oleh Pemegang Polis atau 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:

**3** Apakah penyebab kondisi / diagnose *Terminal Illness* ini?  Penyakit  Kecelakaan

Tanggal gejala penyakit timbul atau tanggal kecelakaan:  -  -

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

**4** Keterangan tentang nama Dokter & Rumah Sakit tempat Tertanggung berkonsultasi /berobat untuk kondisi /diagnosa:

Nama Dokter /Rumah Sakit	Alamat	Tanggal Perawatan*	Nama Penyakit
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>

\*Sebutkan tanggal mulai perawatan sampai dengan tanggal selesai perawatan

**5** 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
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>

### Pernyataan dan Kuasa

Dengan ini Saya /Kami Penerima Manfaat memberitahukan kepada PT Asuransi Jiwa BCA "Penanggung" bahwa Tertanggung di atas telah mengalami kondisi *Terminal Illness*, 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 semua institusi yang berkaitan selama perawatan dan pemeriksaan Tertanggung, dan semua surat maupun dokumen lainnya yang diminta oleh Penanggung akan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari bukti kondisi *Terminal Illness*.

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 setiap Rumah Sakit /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:  -  -

Pihak Yang Mengajukan Klaim

Alamat Tempat Tinggal Pihak Yang Mengajukan Klaim:

(  
(Nama Lengkap & Tanda Tangan Sesuai KTP)

Nomor Telp /Ponsel:   
Hubungan Dengan Tertanggung:

Diketahui Pemegang Polis: (*diisi oleh perwakilan dari Pemegang Polis*)  
\*Khusus untuk Produk dengan Pemegang Polis merupakan Badan Usaha

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 email: