



FORMULIR ISIAN KLAIM ASURANSI MENINGGAL DUNIA

KETERANGAN MENINGGAL DUNIA

(Diisi oleh Keluarga / ahli waris)

Isi Nomor Polis

Nomor Kontrak : P 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 Nama Pemegang Polis : Dodi Odi
 Nama Tertanggung : Dodi Odi
 Alamat Tertanggung : Jalan Raya Lebak Bulus no.22
 Pekerjaan Tertanggung : Karyawan Swasta
 Meninggal dunia pada : Hari: Selasa Jam 5 Tgl. 08 Bln. 07 Th. 2018
 Meninggal di : Rumah Rumah Sakit Lainnya, sebutkan :
 Dokter yang merawat : dr. Asep
 Alamat dokter / Rumah Sakit : Rumah Sakit Fatmawati

SEBAB-SEBAB MENINGGAL DUNIA

BILA DISEBABKAN OLEH KECELAKAAN

Hari / Tanggal kecelakaan : Hari: Selasa Tgl. 08 Bln. 07 Th. 2018
 Lokasi Kecelakaan : Jalan Fatmawati (Depan RS Fatmawati)
 Uraikan hal ikhwal tentang kecelakaan ini : Tertabrak truk dari arah belakang

RIWAYAT KESEHATAN

Penyakit yang pernah diderita :

	Tanggal	Nama Penyakit	Nama Dokter	Alamat Dokter / RS yang Merawat
a.	-	-	-	-
b.	-	-	-	-
c.	-	-	-	-

Nama dan alamat dokter yang pernah dikunjungi dalam 5 tahun terakhir :

	Nama Dokter	Alamat Dokter / RS yang Merawat
a.	-	-
b.	-	-
c.	-	-

PERNYATAAN KELUARGA / AHLI WARIS

- Saya menyatakan bahwa saya telah membaca dan menjawab pertanyaan tersebut di atas dengan sejujur-jujurnya dan sesuai dengan keadaan sebenarnya.
- Selanjutnya dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap dokter, rumah sakit, klinik, perusahaan asuransi atau perusahaan, badan, lembaga atau orang lain yang mempunyai catatan / riwayat kesehatan Almarhum / Almarhumah untuk memberikan keterangan kepada PT Asuransi Astra Buana atau wakil-wakilnya.

Ditandatangani di : Maman
 Tanggal : 10 - 07 - 2018
 Tanda Tangan :
 Nama Jelas : Maman Supratman
 Hubungan Keluarga : Kakak Tertanggung
 No. Telepon : 08196482628

Salinan fotocopy dari kuasa ini sama sah dan berlaku seperti aslinya.

Isi dengan nomor telepon yang bisa dihubungi.

(Diisi oleh Tertanggung)

Nomor Polis : P 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 Nama Pemegang Polis : Dodi Odi
 Nama Tertanggung : Dodi Odi Umur : 2 6 Tgl. Lahir : 2 2 - 0 5 - 1 9 9 2
 Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan
 Alamat Tertanggung : Jalan Raya Lebak Bulus no.22 Telp./HP : 081932876321
 Pekerjaan Tertanggung : Karyawan Swasta
 Jenis pekerjaan yang di kerjakan dan tanggung jawabnya, sebelum terjadinya cacat (jelaskan semuanya, bila lebih dari satu) :

No.	Jenis Pekerjaan	Tanggung Jawab Tertanggung
1.	Supervisor Sales	Mengelola penjualan produk di area Jakarta
2.		
3.		

Nama Perusahaan : PT KARISMA JAYA, TBK.
 Alamat Perusahaan : Gedung ABCD, Jalan Gatot Subroto Kav. 15A. Jakarta 12930
 Tgl. Terakhir Bekerja : 2 0 - 0 7 - 2 0 1 8

BILA CACAT DISEBABKAN OLEH KECELAKAAN

Lokasi Terjadinya Kecelakaan : Jalan Fatmawati (Depan RS Fatmawati) Jakarta Selatan Tgl. Kecelakaan : 0 8 - 0 7 - 2 0 1 8
 Kronologis Terjadinya Kecelakaan : Tertabrak truk dari belakang saat sedang mengendarai motor
 Jam Kecelakaan :

Bagian Tubuh yang Terluka dan Jenis Luka yang Diderita :

No.	Bagian Tubuh yang Terluka	Jenis Luka
1.	Kaki kiri	Luka dalam dan patah kaki
2.	Lengan kiri	Patah dan sendi robek
3.		

DATA PERAWATAN

Tanggal Perawatan Mulai : 0 8 - 0 7 - 2 0 1 8 Berakhir : 1 5 - 0 7 - 2 0 1 8
 Data Dokter atau Rumah Sakit yang Merawat Untuk Cacat Saat ini :
 Nama Dokter / RS : dr. Asep Tgl. Perawatan : 0 8 - 0 7 - 2 0 1 8
 Alamat Dokter / Rumah Sakit : Rumah Sakit Fatmawati No. Kartu Berobat : FT18034008990

KETERANGAN LAIN

Apakah Anda ditanggung untuk biaya cacat oleh perusahaan asuransi lain (bila ya, lengkapi informasi di bawah ini)

No.	Per. Asuransi	No. Polis	Uang Pertanggungan	Riwayat Klaim
a.	-	-	-	Pernah / Tdk. Pernah
b.	-	-	-	Pernah / Tdk. Pernah
c.	-	-	-	Pernah / Tdk. Pernah

PERNYATAAN DAN KUASA

Saya menyatakan bahwa semua penjelasan di atas adalah lengkap dan benar. Saya memberi kuasa kepada dokter, rumah sakit, klinik, perusahaan asuransi, badan, lembaga atau orang lain yang mempunyai catatan/riwayat kesehatan saya/tertanggung, untuk mengungkapkan semua keterangan kesehatan saya/tertanggung kepada PT Asuransi Astra Buana atau wakil-wakilnya.

Ditandatangani di Jakarta Tanggal 1 9 - 0 7 - 2 0 1 8

Tanda tangan Saksi yang mengetahui detail kronologi kejadian & bisa dipertanggungjawabkan kebenaran informasinya.

Tanda tangan & Nama Saksi

Tanda tangan & Nama Tertanggung

Salinan fotocopy dari kuasa ini sama sah dan berlaku seperti aslinya.



FORMULIR ISIAN KLAIM ASURANSI - KETERANGAN cacat TOTAL

(Diisi oleh Dokter yang Merawat)

Nama Tertanggung : Dodi Odi Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan
 Tempat & Tgl. Lahir : Jakarta / 26 - 05 - 1992
 Alamat Tertanggung : Jalan Raya Lebak Bulus no.22
 Nama Rumah Sakit : Rumah Sakit Fatmawati
 Alamat Rumah Sakit : Jalan RS Fatmawati Cilandak 12430
 Tgl. Terakhir Masuk RS : 08 - 07 - 2018 No. Rekam Medis : A1234568POQ
 Tgl. Terakhir Keluar RS : 15 - 07 - 2018
 Sejak Kapan Anda Mengenal Pasien : 08 - 07 - 2018
 Pekerjaan Pasien yang Dinyatakan Pada Anda : Karyawan Swasta

RIWAYAT & DIAGNOSA

Gejala dan Keluhan yang Disampaikan oleh Pasien : 1. Kaki sebelah kiri kebas, tidak bisa digerakkan 4. _____
 2. kiri ngilu dan sulit diangkat 5. _____
 3. _____

Tgl. Pertama Kali Muncul Gejala/Kecelakaan Terjadi : 08 - 07 - 2018
 Apakah Pasien Sudah Pernah Mempunyai Kondisi Sama atau Mirip Seperti ini? Tidak
 Ya, jelaskan Indikasi robek sendi dan patah/retak tulang akibat jatuh dan tertimpa kendaraan

Tanggal Saat Pertama Kali Pasien Absen dari Pekerjaan Akibat Kondisinya Tersebut : 08 - 07 - 2018
 Tanggal Saat Terakhir Kali Pasien Hadir di Pekerjaannya Setelah Kondisi Tersebut Terjadi : 17 - 07 - 2018
 Temuan Secara Klinis dan Psikis Selama Konsultasi Pertama Berlangsung :

No.	Klinis	Psikis	Tgl. Konsultasi (pertama)
1.	<u>Sendi robek pada lengan sebelah kiri</u>	<u>Trauma dan sempat hilang kesadaran</u>	<u>8 Juli 2018</u>
2.	<u>Patah tulang pada kaki & tangan kiri</u>		
3.			

Temuan Secara Klinis dan Psikis Pada Saat Terakhir Masuk Rumah Sakit :

No.	Klinis	Psikis
1.	<u>Tangan dan kaki kiri tidak bisa gerak</u>	<u>Sudah cukup membaik</u>
2.	<u>normal dan dinyatakan cacat.</u>	
3.		

Cause / Underlying Disease dari Sakit / Kelainan tsb : 1. Displaced Fracture - Lengan Kiri
 2. Partial Displaced Fracture - Lengan Kiri
 3. Sprain Tendon Fase II

Pemeriksaan Penunjang Diagnostik yang Dilaksanakan : 1. MRI
 2. CT SCAN
 3. Cek Darah

Tanggal Pemeriksaan : 08 - 07 - 2018 Nama Pemeriksaan : _____

Hasil yang Didapat : 1. Kaki kiri cacat
 2. Tangan kiri cacat
 3. _____

Diagnosa dari Kondisi dan Komplikasinya : _____

Tgl. Saat Diagnosa Diberikan : 12 - 07 - 2018

Tindakan dan Terapi yang Diberikan Pada Saat Dirawat : 1. Operasi 1x pada Lengan Kiri
 2. _____
 3. _____

KESEHATAN TERTANGGUNG SAAT INI

Keadaan penglihatan saat ini : Dapat melihat dengan baik Dapat melihat dengan samar-samar Tidak dapat melihat
 Apakah pasien memakai kacamata : Ya Tidak
 Dapatkah pasien melihat dengan jelas benda yang jaraknya 6 meter dari ia berada? Ya Tidak
 Dengan keadaan mental tertanggung seperti yang dijelaskan di atas, bagaimana anda menilai kemampuan hubungan antar perorangan dan kemampuan komunikasi tertanggung saat ini : Mampu melakukan semua hubungan antar perorangan dan komunikasi (tanpa batas)
 Mampu melakukan kebanyakan hubungan antar perorangan dan komunikasi (sedikit terbatas)
 Mampu melakukan hubungan antar perorangan dan komunikasi tertentu saja (sedikit lebih terbatas)
 Tidak mampu melakukan hubungan antar perorangan dan komunikasi (jelas terbatas)
 Kehilangan kejiwaan, fisiologis, kepribadian dan kemampuan bersosialisasi yang sangat berarti (sangat terbatas)

Catatan : Perlu terapi pemulihan psikis dan penggunaan alat bantu kursi roda untuk aktivitas

Kemampuan Menulis Saat ini : Memadai Menulis dengan susah payah Tidak dapat menulis sama sekali

Dengan kondisi kesehatan tertanggung saat ini, bagaimana anda menilai kapasitas pekerjaan tertanggung untuk saat ini :

- Tidak ada pembatasan kapasitas fungsional, mampu melakukan pekerjaan berat tanpa pengecualian
 Mampu melakukan aktivitas manual yang menengah
 Sedikit pembatasan kapasitas fungsional, mampu melakukan pekerjaan ringan
 Kapasitas fungsional yang sedikit lebih terbatas, mampu melakukan kegiatan yang bersifat administratif
 Kapasitas fungsional yang sangat terbatas, aktivitas yang minimpun tidak mampu dilakukan

Catatan :

Kedadaan Pergerakan Saat Ini : Dapat berjalan tidak dapat meninggalkan rumah
 Tidak dapat meninggalkan tempat tidur Tidak dapat meninggalkan rumah sakit

Catatan :

Kekuatan Motorik Anggota Badan : Lengan / Tangan 5 4 3 2 1 0 0 1 2 3 4 5
(dilingkari sesuai dengan kekuatannya) Tungkai / Kaki 5 4 3 2 1 0 0 1 2 3 4 5

RAMALAN & REHABILITASI

Apakah saat ini tertanggung mengalami cacat total sebagai syarat untuk melakukan pekerjaannya ? Ya Tidak

Apakah saat ini tertanggung mengalami cacat total sebagai syarat untuk melakukan pekerjaan lain ? Ya Tidak

Tugas pekerjaan apa yang tidak mampu dilakukan oleh tertanggung ?
1. Perjalanan dinas keluar kota untuk bekerja
2. Kemampuan mengetik hanya dibantu 1 tangan kanan

Apakah anda mengharapkan adanya perkembangan terhadap kondisi sekarang pada masa yang akan datang ? Ya Tidak

Apabila ya, berapa lama waktu yang dibutuhkan oleh tertanggung untuk dapat melakukan tugas pekerjaannya sendiri ?

Dalam 1 bulan 1 - 3 bulan 4 - 6 bulan 7 - 12 bulan > 12 bulan Tidak pernah

Apabila ya, berapa lama waktu yang dibutuhkan oleh tertanggung untuk dapat melakukan tugas pekerjaan lain ?

Dalam 1 bulan 1 - 3 bulan 4 - 6 bulan 7 - 12 bulan > 12 bulan Tidak pernah

Apabila tidak, mohon penjelasannya :

Apakah untuk penyakit/kelainan ini ada kemungkinan relaps kembali atau membutuhkan perawatan lanjutan setelah sembuh ?

Sembuh Mulai sembuh Tidak berubah Mengalami kemunduran

Catatan : Perlu pengecekan rutin dan terapi berkala

Tgl. Terakhir Konsultasi : - -

DATA RUJUKAN

Nama dan Alamat Dokter/Rumah Sakit Lain yang Memberikan Perawatan untuk Kondisi Ini :

Tgl. Perawatan : - -

Nama Dokter / RS : dr. Asep

Alamat Dokter / Rumah Sakit : RS Fatmawati Jakarta

LAIN-LAIN

Apabila ada informasi lebih lanjut yang menurut anda akan membantu kami dalam memproses klaim ini, mohon dapat dilengkapi :

.....

PERNYATAAN DOKTER

Saya sebagai Dokter yang merawat / menangani Pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar sesuai dengan pengetahuan saya.

Nama Dokter / RS : dr. Asep

Ditandatangani di : dr. Asep

Spesialisasi : Ortopedi

Tanggal : - -

Alamat : RS Fatmawati Jakarta

Telepon : (021) 70004560



(Tanda tangan dan stempel Dokter / RS)