Formulir Klaim Ketidakmampuan

(diisi oleh dokter)

Nomor Polis:

Kepada YTH. Teman Sejawat

Pasien / Pemegang Polis / Tertanggung Teman Sejawat di bawah ini merupakan peserta asuransi dari PT. AXA Mandiri Financial Services.

Guna memperlancar proses klaim dan sebagai syarat pengajuan klaim asuransi, mohon kesediaan Teman Sejawat untuk mengisi Formulir Klaim Ketidakmampuan ini dengan detail dan lengkap.

☐ Meninggal Dunia ☐ Kecelakaan ☐ Perlindungan Pembayaran Premi (WP/WPDD21)

Diisi oleh petugas Tanggal diterima: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Notes

* Coret yang tidak diperlukan

☐ Isi dan berikan tanda (✓) pada kotak sesuai pilihan

1. Data Pasien / Pemegang Polis / Tertanggung

Nama Lengkap :

No. Pasien / Rekam Medis :

Nomor KTP / SIM / Paspor * :

Tempat Lahir : Tanggal Lahir: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Jenis Kelamin : ☐ Pria ☐ Wanita Umur ☐☐ tahun

Alamat :

Nama Dokter yang merawat :

E-Mail :

2. Informasi Pasien / Pemegang Polis / Tertanggung atau Financial Advisor

Apakah Teman Sejawat mengenal Pasien Tertanggung atau Financial Advisor Sebelumnya? (dalam bulan / tahun)

☐ Pasien ☐ Financial Advisor ☐☐ bulan ☐☐ tahun

Apakah Teman Sejawat mempunyai hubungan keluarga dengan Pasien / Tertanggung atau Financial Advisor sebelumnya?
Jika "Ya", mohon jelaskan. ☐ Ya ☐ Tidak

☐ Pasien ☐ Financial Advisor

Tanggal pertama kali Pasien / Tertanggung datang untuk berkonsultasi: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Nama Dokter yang mereferensikan Pasien / Pemegang Polis / Tertanggung kepada Teman Sejawat dalam hal penyakit / ketidakmampuan yang dideritanya:

3. Mengenai Ketidakmampuan

Cantumkan penyebab Ketidakmampuan / Cacat total tetap

☐ Akibat Penyakit yang diderita sebelumnya

Diagnosa :

Tanggal diagnosa ditegakkan : ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ Lamanya gejala terjadi ☐☐ bulan ☐☐ tahun

Gejala yang diketahui pada saat konsultasi pertama:

PT AXA Mandiri Financial Services
AXA Tower lt.9, Jl. Prof Dr. Satrio Kav.18, Kuningan City, Jakarta 12940, Indonesia
Telp : 1500803 Email : customer@axa-mandiri.co.id www.axa-mandiri.co.id

☐ Akibat Kecelakaan

Tanggal terjadinya kecelakaan : ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Tanda - tanda cidera / luka pada tubuh (seperti memar, dll) :

Apakah ketidakmampuan / Cacat total tetap sehubungan dengan kondisi di bawah ini? Jika "Ya", mohon jelaskan.

1. Merupakan penyakit episode berulang : ☐ Ya ☐ Tidak
2. Terjadi kelumpuhan / kehilangan fungsi : ☐ Ya ☐ Tidak
3. Pasien kehilangan anggota tubuh : ☐ Ya ☐ Tidak
4. Pasien kehilangan penglihatan : ☐ Ya ☐ Tidak
5. Diagnosa berhubungan dengan HIV atau AIDS, mengkonsumsi alkohol / penyalahgunaan / ketergantungan pada narkotika / zat lain / atau obat-obatan tanpa resep atau gangguan psikis atau mental jiwa (termasuk stress) : ☐ Ya ☐ Tidak

4. Perawatan terhadap Ketidakmampuan / Cacat Total Tetap

Perawatan di Rumah Sakit atau Klinik

Tanggal konsultasi / Tanggal masuk Rumah sakit	Nama dokter / Rumah Sakit	Keluhan dan gejala	Diagnosa	Perawatan yang dilakukan (mohon cantumkan prosedur bedah yang telah atau akan dilakukan)

5. Kelanjutan Pemulihan

Tanggal konsultasi terakhir	Penemuan gejala fisik	Perawatan	Indikasi untuk ditindaklanjuti

Apakah Pasien / Tertanggung masih dapat menggerakan seluruh anggota tubuhnya? Jika "Tidak", mohon jelaskan. ☐ Ya ☐ Tidak

Apakah saat ini Pasien / Tertanggung tidak dapat melakukan aktivitasnya sehari-hari tanpa bantuan? Jika "Ya" mohon jelaskan.

Kemampuan untuk makan sendiri : ☐ Ya ☐ Tidak

Kemampuan untuk membersihkan diri sendiri : ☐ Ya ☐ Tidak

Kemampuan untuk memakai / mengganti baju : ☐ Ya ☐ Tidak

Kemampuan untuk menggunakan keperluan toilet sendiri : ☐ Ya ☐ Tidak

Kemampuan untuk bangun dari kursi atau ranjang sendiri : ☐ Ya ☐ Tidak

Kemampuan untuk berpindah dari satu ruangan ke ruangan lain : ☐ Ya ☐ Tidak

Jika Pasien / Tertanggung / Pemegang Polis masih tidak dapat bekerja pada bidang pekerjaanya saat ini, apakah yang akan berlaku selanjutnya / rencana rehabilitasi? Dan tanggal berapa pasien diharapkan sudah dapat bekerja kembali untuk bidang pekerjaan yang lain?

6. Pernyataan dan Surat Kuasa

Dengan ini, Saya menyatakan bahwa saya adalah Dokter untuk Pasien / Tertanggung yang dimaksud dan bahwa keterangan yang diberikan adalah lengkap dan benar menurut apa yang paling saya ketahui,

Nama Dokter :

Tanggal ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Spesialis :

No. Telp :

Alamat surat-menyurat :

(Nama Dokter)

Tanda tangan

Cap stempel Rumah Sakit