

FORMULIR CACAT TETAP TOTAL

SURAT KETERANGAN DOKTER KLAIM CACAT TETAP & TOTAL

Pasien / Tertanggung

Tanggal Lahir

Alamat

Dokter yang terhormat,

Nama tersebut di atas adalah tertanggung pada PT BNI Life Insurance atas manfaat yang berkaitan dengan cacat tetap total. Kami telah menerima pengajuan klaim sehubungan dengan kondisi tersebut. Untuk mempercepat proses klaim kami sangat mengharapkan kerjasama dokter untuk melengkapi formulir ini, berikut kami lampirkan juga surat kuasa yang kami terima dari tertanggung (halaman terakhir)

Terima kasih atas perhatian dan kerjasama dokter.

Hormat kami,

PT BNI Life Insurance

FORMULIR CACAT TETAP TOTAL

1. Pekerjaan Tertanggung

2. Sejak kapan dokter menjadi dokter yang biasa dikunjungi tertanggung

3. Kapan Dokter pertama kali memberikan konsultasi medis yang diderita saat ini
(Tgl/Bln/Thn)

4. Gejala apa saja yang dirasakan tertanggung sejak pertama kali konsultasi hingga sekarang

5. Mohon dijelaskan gejala yang terjadi dan tindakan medis yang dilakukan

Waktu kejadian (Tgl/Bln/Thn)	Tindakan medis yang dilakukan

6. Mohon tuliskan diagnosa untuk kondisi medis saat ini

FORMULIR CACAT TETAP TOTAL

7. Apakah saat ini telah timbul kecacatan pada tertanggung Ya Tidak

8. Mohon dijelaskan organ yang terkena sehubungan dengan kecacatan ini

9. Apa yang menyebabkan kondisi ini Penyakit Cidera/Kecelakaan

10. Mohon dituliskan/dilampirkan hasil dari seluruh jenis pemeriksaan yang dilakukan tertanggung

Jenis Pemeriksaan	kesimpulan

11. Dari hasil pemeriksaan fisik, mohon dijelaskan keadaan tertanggung secara umum pada saat ini

12. Jika ditinjau dari jenis pekerjaannya di atas, apakah keadaan yang dialami tertanggung dapat menghambat pekerjaan seperti biasa Ya Tidak

13. Jika (Ya), mohon jelaskan hambatan yang terjadi

FORMULIR CACAT TETAP TOTAL

14. Menurut anamnesa, apakah bertanggung sebelumnya pernah menderita penyakit lain yang berhubungan dengan keadaannya pada saat ini? Ya Tidak

15. Jika (Ya), Mohon uraikan jenis penyakit/keluhan apa saja dan kapan diderita bertanggung

Jenis Penyakit/Keluhan	Sejak kapan diderita (Menurut Anamnesa)

16. Mohon diberikan nama dan alamat dokter/ spesialis/ rumah sakit yang pernah dikunjungi oleh bertanggung sebelumnya

Nama	Alamat

17. Mohon diberikan nama dan alamat dokter/ spesialis/ rumah sakit yang Dokter rujuk untuk perawatan selanjutnya (Bila ada)

Nama	Alamat

18. Jika ada, mohon diberikan informasi lainnya yang menurut Dokter dapat membantu bagian klaim kami untuk memproses klaim ini

--

FORMULIR CACAT TETAP TOTAL

Saya dengan ini menyatakan bahwa semua keterangan tersebut di atas adalah benar sejauh pengetahuan yang saya miliki dan yakini

Nama

Tanggal

Alamat & Stempel Rumah Sakit

Tanda tangan