

**JENIS PENGAJUAN MANFAAT ASURANSI / Types of Claim Benefits for Insurance Benefits**

- MENINGGAL DUNIA/*Death Claim*     KESEHATAN/*Health Claim*     CACAT/*Disability* , PENYAKIT KRITIS/*Critical Illness*  
 LAINNYA/*Others* , .....

Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah Pemegang Polis / Penerima Manfaat PT PFI MEGA LIFE INSURANCE :  
*I'am, the undersigned, is the Policy holder / Beneficiary of PT PFI MEGA LIFE INSURANCE :*

Nama Pemegang Polis / *Policy holder name* : \_\_\_\_\_  
Penerima Manfaat / *Beneficiary*

Nama Peserta / *Participant name* : \_\_\_\_\_

Nomor Polis / *Policy number* :

Nomor Sertifikat / *Certificate number* :

Alamat Korespondensi / *Address* : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kode Pos / *POS code* :

No. Telepon / *Phone number* :  -

No. HP / *Mobile Phone number* :  -

Email / *Email address* : \_\_\_\_\_

**APABILA KLAIM TERSEBUT DISETUJUI, MOHON PEMBAYARAN KLAIM ASURANSI DITUJUKAN KE / If the claim approved, please payment directly to :**

Nomor Rekening / *Account number* : \_\_\_\_\_

Atas Nama / *On Behalf of* : \_\_\_\_\_

Nama Bank / *Bank name* : \_\_\_\_\_

Jenis Rekening / *Account type*     Rupiah     US.\$

**PERNYATAAN KUASA / Power of Attorney :**

Saya/Kami/Penerima Manfaat dari atas nama Peserta diatas bersama ini memberikan Kuasa kepada Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, ataupun perorangan yang mempunyai catatan data atau yang mengetahui keadaan kesehatan Peserta, untuk diberikan kepada PT PFI Mega Life Insurance atau orang yang mewakili, atas semua keterangan mengenai diri Peserta/Kami yang berhubungan dengan kesehatan, riwayat pengobatan, perawatan di rumah sakit, nasihat - nasihat dokter, pengobatan atau penyakit.

*I/We/the Beneficiary on behalf of the Participant give authorize to doctor, hospitals, clinic, health center, or individual who has data records or who knows the health condition of the Participant, to be given to PT PFI Mega Life Insurance or a person representing , for all information regarding the Participant/Our self which is related to health, medical history, hospital treatment, doctor's advice, medication or illness.*

<b>TERTANDA / Signed ;</b>
..... / ..... / ..... / .....  materai/stamp Rp. 10.000,-
( Pemegang Polis / Penerima Manfaat ) ( <i>Policy holder / Beneficiary</i> )

<b>Diterima oleh Departemen Klaim/Received by :</b>	
- Tanggal/date	
- Paraf/Initials	
- Nama/Name	

Form-Clm-02-18-07-2018



## FORMULIR KLAIM CACAT TETAP TOTAL ATAU SEMENTARA

### PENTING

Formulir ini harus dilengkapi oleh Pemegang Polis, diisi dengan jelas dan dikembalikan kepada Penanggung/Perusahaan, disertai Surat Keterangan Dokter untuk Klaim Cacat Total dan Tetap yang telah diisi oleh Dokter yang merawat.

### DATA PEMEGANG POLIS

Nomor Polis :

Nama Pemegang Polis :

### DATA PESERTA

Nama Peserta :

Tanggal lahir /Usia :

Alamat & No. Telepon :

1. Pekerjaan (jenis pekerjaan yang dikerjakan dan tanggung jawabnya, sebelum terjadinya cacat dan setelah terjadinya cacat)

#### SEBELUM CACAT

#### SETELAH CACAT

2. Pendapatan rata – rata perbulan

Sebelum cacat :

Setelah cacat :

- 3a. Uraikan Aktifitas anda sehari-hari, setelah tidak bekerja lagi ?

- b. Alasan Anda tidak berkerja lagi ?

4 Penyebab kecacatan : Penyakit  Tgl gejala mulai terjadi

Kecelakaan  Tgl waktu kecelakaan  Jam

5. Bila cacat disebabkan oleh kecelakaan, apakah telah dilaporkan ke pada pihak yang berwajib?

YA  TIDAK

- a) Jika Tidak, alasannya



b) Jelaskan bagian tubuh yang luka dan jenis luka yang diderita

6. Bila cacat disebabkan oleh penyakit, jelaskan riwayat dan gejala awal penyakit?

7. Tanggal terakhir bekerja ?

#### DATA PERAWATAN

8. Nama dan alamat Dokter atau Spesialis yang pernah dikunjungi sehubungan kecacatan tsb.

Tanggal konsultasi	Dokter / Spesialis	Alamat

9. Bila pernah dirawat di rumah sakit, mohon diberikan rincian sbb :

Nama Rumah Sakit	Tanggal Mulai Perawatan	Tanggal Akhir Perawatan

#### KETERANGAN LAIN

A. Apakah Anda ditanggung untuk biaya cacat oleh perusahaan asuransi lain (bila ya, mohon lengkapi data dibawah ini)

	Nama Perusahaan Asuransi	Uang Pertanggungan	Asuransi Tambahan	Nomor Polis
a				
b				
c				



B. Mohon cantumkan nama, cabang serta nomor rekening dari Penerima Manfaat untuk memudahkan pembayaran JIKA KLAIM INI DISETUJUI (dalam huruf cetak)

Nomor Rekening : .....  
Nama : .....  
Nama Bank : .....  
Cabang : .....

### PERNYATAAN DAN KUASA

Saya menyatakan bahwa semua penjelasan diatas adalah lengkap dan benar. Saya memberi kuasa kepada dokter, rumah sakit, klinik, perusahaan asuransi, badan, lembaga atau pihak-pihak lain yang mempunyai catatan riwayat kesehatan saya /Peserta, untuk mengungkapkan semua keterangan kesehatan saya /Peserta kepada PT PFI MEGA LIFE INSURANCE sehubungan dengan pengajuan klaim asuransi jiwa ini.

Tempat dan Tanggal

Tandatangan

Formulir ini harus disertai syarat-syarat pengajuan klaim lainnya, yaitu :

- 1) Formulir Klaim Keterangan Dokter untuk klaim Cacat Tetap Total atau Cacat Sementara
- 2) Resume medis dari dokter yang pernah merawat
- 3) Fotokopi seluruh hasil pemeriksaan Laboratorium dan Radiologi,
- 4) Surat Berita Acara kepolisian untuk cacat yang disebabkan oleh kecelakaan, dan melibatkan pihak kepolisian (asli)
- 5) Dokumen lain yang dianggap perlu oleh Penanggung

Dokumen-dokumen asli akan dikembalikan setelah dilegalisir oleh PT PFI MEGA LIFE INSURANCE



**PFI MEGA LIFE**  
**SYARIAH**

## FORMULIR KLAIM CACAT TETAP TOTAL ATAU SEMENTARA

### PENTING

- Untuk dilengkapi oleh dokter Pemeriksa/ dokter yang merawat
- Mohon lengkapi semua pertanyaan dan sertakan dengan dokumen pendukung seperti catatan Medis, hasil laboratorium/radiologi dan lain-lainnya. Lengkapi dengan tanggal & Tandatangan .

### DATA PASIEN

Nama Pasien :  
Tempat Tgl Lahir / Usia :  
Jenis Kelamin :  Laki-laki  Wanita

### DATA KESEHATAN

1. Tanggal Perawatan :
2. Tanggal terjadinya kecelakaan :
3. Anamnesa, Riwayat penyakit :

4 Tanggal gejala atau keluhan pertama kali diketahui oleh Pasien ?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5 Tanggal Pertama kali konsultan ?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. Nama dan alamat dokter yang merujuk

---

---

---

7 Jenis serta hasil pemeriksaan fisik, lab, rongent, CT –scan, hasil PA, dll yang dilakukan.

---

---

---

8 Diagnosa atau dugaan diagnosa

---

---

---

9 Tanggal pasien diberitahu/mengetahui adanya diagnosa tsb

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10 Penyebab diagnosa tersebut

---

---

---

11 Tanggal pertama kali diketahui penyebab diagnosa tersebut.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

12. Terapi atau tindakan

---

---

---



13. Akibat Kecelakaan tersebut, apakah Peserta Mengalami Ketidakmampuan Total :  
Jika "Ya", apakah Peserta mengalami kehilangan / kehilangan fungsi atas :

YA  Tidak

Kedua lengan atau kedua tungkai (tidak termasuk tangan dan kaki)	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
1 lengan dan 1 tungkai (tidak termasuk tangan dan kaki)	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
1 lengan atau 1 tungkai	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Penglihatan ke 2 mata	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Penglihatan ke 1 mata	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Pendengaran ke 2 telinga	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Pendengaran ke 1 telinga	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Kemampuan Bicara	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>

Jika "Tidak", mengalami Ketidakmampuan Total, apakah Peserta dapat melakukan kehidupan sehari-hari tanpa bantuan sepenuhnya dari alat mekanik atau orang lain :

Mandi	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Makan	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Berpakaian	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Menggunakan toilet	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Naik/turun dari tempat tidur	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>

14 Mulai terjadi ketidakmampuan :

15 Apakah pasien pernah konsultasi / dirawat sebelumnya ?

Ya  Tidak

a. Tanggal

s/d

- b. Diagnosa
- c. Nama Dokter
- d. Nama Rumah Sakit

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Saya, sebagai dokter yang merawat pasien tersebut diatas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar.

Nama Dokter : \_\_\_\_\_  
Rumah sakit / Klinik : \_\_\_\_\_  
Alamat Rumah Sakit / Klinik : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Tempat & Tanggal

\_\_\_\_\_  
Tandatangan>Nama Dokter& No. SIP Dokter

\_\_\_\_\_  
Cap Rumah Sakit / Klinik