

**DATA PEMEGANG POLIS ATAU PENERIMA MANFAAT**

Yang bertanda tangan di bawah ini (Diisi oleh Pemegang Polis atau Penerima Manfaat)

Nama Lengkap : .....  
 Tanggal lahir : ..... / ..... / ..... (tgl/bln/thn) Umur :   tahun  
 Jenis Kelamin :  Pria  Wanita  
 Alamat : .....  
 RT ..... / RW ..... Kelurahan ..... Kecamatan .....  
 Kota ..... Kode Pos .....  
 Nomor Telepon/HP : ..... Faksimili : ..... Email : .....  
 Hubungan dengan Tertanggung/Peserta : ..... (suami/istri, anak, orang tua, diri sendiri)

**DATA TERTANGGUNG**

Menerangkan dengan sebenarnya, bahwa Tertanggung dengan data sebagai berikut :

Nama Lengkap : .....  
 Jenis Kelamin :  Pria  Wanita  
 Nomor Polis : ..... Nomor BPJS : .....  
 Tempat dan Tanggal lahir : ..... , ..... / ..... / ..... (tgl/bln/thn)  
 Alamat : .....  
 RT ..... / RW ..... Kelurahan ..... Kecamatan .....  
 Kota ..... Kode Pos .....  
 Pekerjaan Terakhir : .....  
 Sebab Cacat :  Penyakit  Kecelakaan

**POLIS LAIN YANG DIMILIKI TERTANGGUNG**

1. Nomor Polis : ..... Nama Perusahaan Asuransi : PT. ....  
 2. Nomor Polis : ..... Nama Perusahaan Asuransi : PT. ....

**KETERANGAN AKTIVITAS (Diisi oleh Tertanggung)**

Tanggal terakhir bekerja (tgl/bln/thn) :

Apakah Anda pada saat ini

1. Hanya dapat berbaring :  Ya  Tidak  
 2. Hanya tinggal di rumah :  Ya  Tidak  
 3. Berikan gambaran singkat dan jelas mengenai kegiatan sehari-hari : .....

4. Telah dirawat di Rumah Sakit sejak (tgl/bln/thn) :       s/d

5. Nama dan alamat RS : .....  
 6. Nama dokter yang merawat : .....  
 7. No. rekam medis/No. kartu pasien : .....  
 8. Jika sebab dirawat karena penyakit  
 a. Sebutkan keluhan dan gejala yang timbul : .....  
 b. Sejak kapan keluhan timbul : .....  
 c. Nama penyakit : .....  
 9. Jika sebab dirawat karena kecelakaan  
 a. Tempat dan tanggal kecelakaan : .....  
 b. Lokasi luka secara terperinci : .....  
 c. Kronologis kecelakaan : .....

10. Apakah anda menderita ketidakmampuan dalam melakukan seluruh kewajiban pekerjaan  Ya  Tidak  
 11. Pernahkah anda mencoba untuk bekerja semenjak menderita ketidakmampuan total  Ya  Tidak  
 12. Jika "Ya", tanggal bekerja kembali (tgl/bln/thn) :

**DATA REKENING**

Apabila klaim di setuju maka pembayaran ke yang ditunjuk

1 Nama Lengkap : .....  
 2 Nama Bank : ..... Cabang : .....  
 3 No Rekening : .....  
 4 Alamat Bank : .....

**PERNYATAAN KUASA**

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti, dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas dengan benar. Dengan ini saya memberikan kuasa kepada PT Heksa Solution Insurance atau pihak yang di beri kuasa olehnya untuk memperoleh segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/ kesehatan Saya dari Dokter, Klinik/Rumah Sakit/Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Instansi Pemerintah, Perorangan atau Organisasi lainnya.

Ditanda tangani di : ..... / ..... / 20 .....

Materai 6000

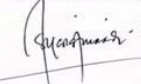
Tanda Tangan & Nama Jelas Tertanggung

Tanda Tangan, Nama Jelas & Cap Pemegang Polis

Teman sejawat (TS) yang terhormat,

Untuk keperluan kelengkapan klaim asuransi yang diajukan ke PT. Heksa Solution Insurance, mohon bantuan TS dapat mengisi pertanyaan-pertanyaan yang kami sertakan dibawah ini. Selanjutnya mohon dapat disampaikan kepada kami melalui pasien yang bersangkutan. Terima kasih atas kerjasamanya.

Hormat kami.



**dr. Ali Syarief**  
Medical Advisor

**DATA TERTANGGUNG**

Nama Tertanggung (Pasien) : .....  
 No. Rekam Medis : ..... No BPJS : .....  
 Tanggal Lahir : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (tgl/bln/thn) Usia : ..... Tahun  
 Jenis Kelamin :  Pria  Wanita

**RIWAYAT PENYAKIT**

- 1 Keluhan Utama : .....
- 2 Tanggal gejala/keluhan pertama kali diketahui (tgl/bln/thn) :
- 3 Tanggal pertama kali konsultasi (tgl/bln/thn) :
- 4 Nama dan alamat dokter yang merujuk : .....
- 5 Pemeriksaan penunjang yang dilakukan beserta hasilnya : .....
- 6 Diagnosa yang di tegakkan : .....
- 7 Tanggal diagnosa ditegakkan (tgl/bln/thn) :
- 8 Penyebab diagnosa tersebut : .....
- 9 Tanggal pertama kali diketahui penyebab diagnosa tersebut (tgl/bln/thn) :
- 10 Terapi atau tindakan yang diberikan : .....
- 11 Apakah diagnosa diatas ada hubungannya dengan penyakit bawaan/kongenital ?  Ya  Tidak
- 12 Apakah diagnosa diatas ada hubungannya dengan kecelakaan ?  Ya  Tidak
- 13 Apakah menimbulkan cacat atau gangguan fungsi atau cacat tetap ?  Ya  Tidak
- 14 Bila "Ya" berapa persen gangguan fungsi atau cacat tetapnya ? .....
- 15 Perkiraan waktu yang di butuhkan untuk penyembuhan ? .....
- 16 Bila cacat yang diderita mengenai tangan, mohon penjelasan pasien ini kidal atau tidak ? .....

**PERNYATAAN DOKTER**

Dengan ini saya menyatakan bahwa semua jawaban diatas adalah benar dan lengkap menurut pengetahuan dan keyakinan Saya

Nama Dokter : .....  
 Alamat Dokter/ RS : .....  
 Spesialisasi : .....  
 No.Telp / Hp : .....

Ditanda tangini di : \_\_\_\_\_ Tanggal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Tanda Tangan Dokter & Cap Stempel RS