

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 :

DATA PENYAKIT KRITIS

Nama Penyakit Kritis :
 Keluhan/gejala yang dirasakan :
 Pertama kali tertanggung berkonsultasi dengan Dokter mengenai keluhan/gejala tersebut (tgl/bln/thn) :
 Nama dan alamat dokter yang pernah dikunjungi :

	Nama Dokter	Nama RS/Klinik/Puskesmas	Alamat	No. Telp/HP
1				
2				
3				
4				

POLIS LAIN YANG DIMILIKI TERTANGGUNG

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

DATA REKENING

Apabila klaim di setuju maka pembayaran ke yang di tunjuk

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

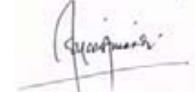
Tanda Tangan & Nama Jelas Tertanggung

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 Syarif
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
- 13 Apakah diagnosa diatas termasuk kategori penyakit kronis ? Ya Tidak
- 14 Perkiraan waktu yang di butuhkan untuk penyembuhan ?
- 15 Bagaimana prognosis dalam 12 bulan mendatang ?
- 16 Apakah pasien membutuhkan alat bantu ? Ya Tidak Bila "Ya" mohon penjelasannya

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 tangani di : _____ Tanggal ____ / ____ /20____

 Tanda Tangan Dokter & Cap Stempel RS