

## FORMULIR KLAIM MENINGGAL

- ✓ Mohon mengisi dengan tinta hitam, huruf cetak, dan memberi tanda(v) pada kotak jawaban yang sesuai
- ✓ Mohon tidak menandatangani Formulir ini dalam keadaan kosong dan pastikan semua pertanyaan telah diisi dengan lengkap dan benar sebelum menandatangani
- ✓ Jika terjadi kesalahan penulisan, jangan dihapus tetapi dicoret dan bubuhkan tanda tangan Pemegang Polis dan/atau Tertanggung disebelahnya sesuai dengan kartu identitas diri (KTP/SIM/PASPOR) yang masih berlaku

### DATA PEMEGANG POLIS

- 1 No. Polis/No sertifikat : \_\_\_\_\_
- 2 Nama Pemegang Polis : \_\_\_\_\_
- 3 Nama Tertanggung : \_\_\_\_\_
- 4 Almarhum/-ah sebagai \* :  Tertanggung  Pembayar Premi Lainnya : \_\_\_\_\_
- 5 Tempat & Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (tgl/bln/thn)
- 6 Telah meninggal dunia pada : Hari \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (tgl/bln/thn)
- 7 Tempat meninggal : \* Rumah Sakit   
 Nama Rumah Sakit \_\_\_\_\_  
 Alamat RS \_\_\_\_\_
- \* Rumah   
 Alamat Rumah \_\_\_\_\_
- \* Lainnya \_\_\_\_\_
- 8 Sebab Meninggal :  Penyakit  Kecelakaan Lainnya : \_\_\_\_\_
- 9 Alamat Tinggal : \_\_\_\_\_
- 10 Apakah semasa hidupnya Almarhum/-ah pernah menderita penyakit sebagai berikut :

No	Penyakit	Sejak Kapan (Tanggal/Bulan/Tahun)
1	Jantung	
2	TBC	
3	Diabetes Melitus	
4	Stroke	
5	Hipertensi	
6	Paru - paru	
7	Penyakit Hati	
8	Kanker/Tumor	
9	Ginjal	
10	Hepatitis	
11	Hiperlipidemi	
12	Penyakit Sistemik Lain	

### DATA AHLI WARIS (DIISI OLEH AHLI WARIS)

- 11 Nama Ahli Waris : \_\_\_\_\_ Jenis Kelamin :  Pria  Wanita
- 12 Tempat&Tanggal Lahir&Usia : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (tgl/bln/thn) Usia : \_\_\_\_\_ tahun
- 13 Nomor KTP/Identitas Lain : \_\_\_\_\_ Nomor Handphone \* : \_\_\_\_\_
- 14 Hubungan dengan Almarhum/-ah : \_\_\_\_\_ Alamat e-mail\* : \_\_\_\_\_

**DATA LAIN**

- 15 Polis Perlindungan Penyakit Kritis di perusahaan asuransi lain yang dimiliki oleh Tertanggung  
Nama Perusahaan Asuransi : \_\_\_\_\_ Tanggal Efektif Polis \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (tgl/bln/thn)
- 16 Riwayat Rawat Jalan di RS/Klinik : \_\_\_\_\_
- 17 Riwayat Rawat Inap di RS/Klinik : \_\_\_\_\_
- 18 Nama Dokter : \_\_\_\_\_
- 19 Nomor Rekam Medis : \_\_\_\_\_
- 20 Nomor BPJS/Jamkesda Tertanggung :

**DATA PEMBAYARAN KLAIM**

Apabila klaim disetujui, pembayaran klaim akan ditransfer ke :

- 21 Nama : \_\_\_\_\_
- 22 Nomor Rekening : \_\_\_\_\_
- 23 Bank : \_\_\_\_\_

**PERNYATAAN DATA DAN SURAT KUASA**

Akibat hukum dan /atau kerugian yang timbul karena ditandatangani formulir ini dalam keadaan kosong atau belum terisi secara lengkap menjadi tanggung jawab saya.

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan - pertanyaan diatas tersebut dengan lengkap dan benar. Saya memberikan kuasa yang tidak akan berakhir karena sebab - sebab yang tercantum dalam Pasal 1816 KUH Perdata kepada setiap Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas dan Laboratorium, Institusi Medis dimanapun dan Perusahaan Asuransi Badan Hukum, Lembaga atau Perorangan yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui riwayat kesehatan Tertanggung untuk memberitahukan kepada PT Asuransi Jiwa Starinvestama atau mereka yang diberi kuasa olehnya segala catatan/keterangan mengenai mengenai diri dan keadaan/kesehatan Tertanggung, Fotokopi dari Surat Kuasa ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

Ditandatangani di \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

(Materai 10.000)

Tanda Tangan & Nama Jelas  
(sesuai dengan kartu identitas yang berlaku )

## SURAT KETERANGAN DOKTER

✓ Diisi oleh Dokter Yang Merawat/Mengobati

✓ Harap diisi dengan menggunakan huruf cetak

### DATA PASIEN/ALMARHUM/-AH (DIISI OLEH AHLI WARIS)

- 1 Nama Almarhum/-ah : \_\_\_\_\_
- 2 No.Pasien/Rekam Medis : \_\_\_\_\_
- 3 Tanggal Lahir/Usia : \_\_\_\_\_
- 4 Jenis Kelamin :  Pria  Wanita
- 5 Alamat Rumah (sesuai KTP) : \_\_\_\_\_  
Kode Pos : \_\_\_\_\_

### \*\* PENYEBAB MENINGGAL (DIISI OLEH DOKTER)

- 6 Keadaan yang menyebabkan meninggal : \_\_\_\_\_
- 7 Tempat Meninggal : \_\_\_\_\_
- 8 Tanggal & Jam Meninggal : \_\_\_\_\_ (tanggal) / \_\_\_\_\_ (bulan) / \_\_\_\_\_ (tahun) \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ (jam)
- 9 Sebab utama meninggal : \_\_\_\_\_
- 10 Diagnosa Penyakit : \_\_\_\_\_
- 11 Penyebab dari diagnosa tersebut : \_\_\_\_\_
- 12 Sejak kapan diagnosa tersebut ditegakan : \_\_\_\_\_ (tanggal) / \_\_\_\_\_ (bulan) / \_\_\_\_\_ (tahun)  
Mohon ceritakan kronologis penyakit secara singkat :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 13 Apakah Dokter hadir pada waktu Pasien meninggal ?  
 Ya, keluhan & gejala gangguan kesehatan terakhir sebelum Pasien meninggal :  
\_\_\_\_\_  
Diagnosa gangguan kesehatan terakhir sebelum Pasien meninggal :  
\_\_\_\_\_  
 Tidak, Kapan Dokter terakhir merawat Pasien ini sebelum Pasien meninggal :  
\_\_\_\_\_ (tanggal) / \_\_\_\_\_ (bulan) / \_\_\_\_\_ (tahun)
- 14 Apakah Dokter pernah mendapatkan rujukan atau melakukan rujukan pada Almarhum/-ah ?  
 Ya  Tidak
- 15 Jika "Ya", mohon cantumkan informasi berikut :  
Nama RS/Klinik : \_\_\_\_\_  
No. Telepon : \_\_\_\_\_  
Nama Dokter : \_\_\_\_\_

16 Apakah Almarhum/-ah menderita atau memiliki riwayat penyakit yang berhubungan dengan **hipertensi, kencing manis, jantung paru - paru, hati, kejiwaan, bawaan, Human Immunodeficiency Virus (HIV), dan lainnya ?**

Ya

Tidak

17 Jika "Ya", Diagnosa Penyakit : \_\_\_\_\_ Diderita sejak : \_\_\_\_\_

Nama Dokter : \_\_\_\_\_

Alamat Praktek : \_\_\_\_\_

18 Nama Dokter/RS/Puskesmas/Laboratorium yang pernah dikunjungi Almarhum/-ah selama hidupnya untuk memeriksa kesehatannya

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**\*\* JIKA MENINGGAL KARENA KECELAKAAN**

19 Tempat terjadi & tanggal kecelakaan : \_\_\_\_\_ (tempat)  
 \_\_\_\_\_ (tanggal) / \_\_\_\_\_ (bulan) / \_\_\_\_\_ (tahun)

20 Apakah penyebab terjadinya kecelakaan disebabkan oleh pengaruh alkohol/ narkotika/obat - obatan/ lainnya ?  
 Ya  Tidak , "YA", Jelaskan : \_\_\_\_\_

21 Kronologis terjadinya kecelakaan : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DATA DOKTER**

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan benar.

Nama Dokter/ Spesialisasi : \_\_\_\_\_

Alamat Dokter/Rumah Sakit : \_\_\_\_\_

Nomor Telepon/Handphone : \_\_\_\_\_

Ditandatangani di : \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

DOKTER

CAP RUMAH SAKIT

Tanda Tangan & Nama Jelas