

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