

FORMULIR KLAIM MENINGGAL DUNIA

Agar mempercepat proses klaim, harap semua pertanyaan di bawah dijawab dengan benar, lengkap dan jelas.

1. Yang bertanda tangan dibawah ini (Diisi oleh Ahli Waris/Pengaju Klaim):

Nama Lengkap : _____
Tempat dan Tanggal Lahir : _____
Jenis Kelamin : ☐ Pria ☐ Wanita
Alamat : _____
Telepon/HP/Faksimili/Email : _____
Hubungan dengan Tertanggung/Peserta : _____

2. Menerangkan dengan sebenarnya, bahwa Almarhum/Almarhumah dengan data sebagai berikut:

Nama Lengkap Almarhum/Almarhumah : _____
Nama Panggilan/Alias : _____
Jenis Kelamin : ☐ Pria ☐ Wanita
No Polis/Sertifikat : _____
Tempat dan Tanggal Lahir : _____
Alamat : _____
Pekerjaan Terakhir : _____
Tempat dan Tanggal Meninggal : _____
Sebab Meninggal : _____

3. Riwayat Kesehatan Tertanggung/Peserta/Almarhum/Almarhumah**3.1 Apakah semasa hidupnya Tertanggung/Peserta/Almarhum/Almarhumah pernah menderita sakit sebagai berikut :**

No.	Riwayat Penyakit	Penyakit diderita sejak (tanggal/bulan/tahun)
1.	Jantung	
2.	TBC	
3.	Diabetes Melitus	
4.	Stroke	
5.	Hipertensi	
6.	Penyakit Paru-paru	
7.	Penyakit Hati	
8.	Kanker/tumor	
9.	Ginjal	
10.	Hepatitis	
11.	Hiperlipidemi	
12.	Penyakit Sistemik lain	

3.2 Apakah Tertanggung/Peserta/Almarhum/Almarhumah pernah berobat ke dokter? Jika "ya", mohon sebutkan nama dokter, nama RS/klinik, alamat, dan no telp RS/klinik

- a. _____
b. _____
c. _____

3.3 Apakah Tertanggung memiliki polis lain :

- 3.3.1 Nama Perusahaan Asuransi : _____
- 3.3.2 No. Polis : _____
- 3.3.3 Tanggal Efektif Polis : _____

Apabila klaim disetujui maka pembayaran ke Yang Ditunjuk/Pemegang Polis

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

Pengajuan klaim ini harus dilengkapi dengan surat keterangan dokter dan surat kuasa pemberian rekam medis.

(Diisi oleh pihak Bank/Pemegang Polis khusus untuk produk kumpulan/group)

- Jenis Fasilitas : _____
- Pokok Pembiayaan : _____
- Tanggal Mulai Asuransi : _____
- Outstanding Pokok : _____

Tanda tangan Pejabat Bank/Pemegang Polis dan stempel Perusahaan

Pernyataan Pemberian Kuasa

Dengan ini saya selaku ahli waris menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan memberikan keterangan diatas dengan sebenar-benarnya dan selengkap-lengkapny.

Dengan ini pula saya selaku ahli waris memberi kuasa penuh kepada setiap Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Organisasi, Instansi pemerintah, Perorangan yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan dan kesehatan Almarhum/Almarhumah/Tertanggung untuk memberitahukan kepada PT. Capital Life Indonesia atau pihak lain yang diberi kuasa olehnya untuk memperoleh segala keterangan mengenai diri dan kesehatan Tertanggung/Peserta/Almarhum/Almarhumah.

Di tanda tangani di : _____ Tanggal ____ / ____ / ____

Materai 6000

Tanda Tangan dan Nama Jelas Pihak Ahli Waris

SURAT KETERANGAN DOKTER

(Diisi oleh Dokter yang Merawat)

Data Pasien /Tertanggung/Almarhum/Almarhumah

Nama Pasien : _____
 Tanggal Lahir : _____
 Alamat : _____
 No Rekam Medis : _____
 Jenis Kelamin : ☐ Pria ☐ Wanita
 Dirawat sejak tanggal : _____

Penyebab Meninggal Dunia

1. Keadaan yang menyebabkan meninggal : ☐ Penyakit ☐ Kecelakaan
2. Tempat dan tanggal meninggal : _____
3. Apakah Anda Dokter yang biasa merawat Almarhum/Almarhumah ? ☐ Ya ☐ Tidak
 Jika "Ya" sudah berapa lama ? _____
4. Apakah Anda merawat Almarhum/Almarhumah selama penyakitnya yang terakhir ini ? Jika "Ya", apakah keluhannya

5. Menurut pengakuan Almarhum/Almarhumah, sejak kapan mulai menderita penyakit tersebut?

6. Pada tanggal berapakah Almarhum/Almarhumah mengkonsultasikan penyakitnya untuk pertama kali (tgl/bln/thn) ?

 a. Keluhan apa yang dirasakan saat itu ? _____
 b. Sebutkan pemeriksaan penunjang yang sudah dilakukan ? _____
 c. Apakah diagnosa pada pase ini ? _____
 d. Riwayat penyakit sekarang(RPS) dan sejak kapan gejala tersebut timbul (tgl/bln/thn) _____
 e. Riwayat penyakit dahulu (RPD) dan sejak kapan gejala tersebut timbul (tgl/bln/thn) _____
7. Apakah Anda hadir/ada pada saat Almarhum/Almarhumah meninggal dunia ? jika " Tidak " pada tanggal berapa anda terakhir merawatnya ? _____
 Jika Anda hadir/ada pada saat Almarhum/Almarhumah meninggal dunia ,mohon penjelasannya :
 a. Tempat meninggal dunia _____
 b. Kapan meninggal dunia (tgl/bln/thn) _____
 c. Sebab meninggal dunia _____
 d. Penyakit yang mendasari dan sejak kapan diderita (tgl/bln/thn) _____
8. Penyakit utama lain yang diderita Almarhum/Almarhumah dan berapa lama ? _____
9. Apakah ada pengaruh lain dari sebab – sebab kematian Almarhum/Almarhumah karena kebiasaan-kebiasaannya menggunakan alcohol, obat bius, dsb ? _____
10. Berikan Keterangan tambahan lainnya yang anda rasa ada hubungannya _____

PERNYATAAN DOKTER

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

Nama Dokter : _____
 Alamat Dokter / RS : _____
 Spesialis : _____
 No Telp / HP : _____

Tempat dan tanggal

Tanda Tangan Dokter

Cap Rumah Sakit