

# FORMULIR KLAIM MENINGGAL DUNIA

### Catatan Penting :

- Formulir ini harus diisi oleh Penerima Manfaat/ Pengajuan Klaim
- Jawab semua pertanyaan di bawah dengan lengkap, jelas, dan benar, beri tanda ✓ pada pilihan yang tersedia
- Lengkapi dokumen klaim yang dibutuhkan agar proses klaim dapat diproses dengan cepat dan akurat

Nomor Polis / Sertifikat:

Tanggal Dokumen Diterima

### Informasi Penyebab Kematian :

1. Tanggal Meninggal (Tgl/Bulan/Thn) :  /  /

2. Tempat Meninggal Dunia:

Rumah  Rumah Sakit  Lainnya (sebutkan) :

3. Penyebab Meninggal Dunia:

Sakit  Kecelakaan  Lainnya (sebutkan) :

4. Kronologis Kematian :

### Riwayat Perawatan/ Pengobatan

Diagnosa	Diderita Sejak	Nama Dokter / RS	Alamat Dokter/RS

### Informasi Lain

Apakah Tertanggung memiliki polis di Asuransi lain ?  Ya (Jika Ya, mohon sebutkan di bawah)  Tidak

### PERNYATAAN-PERNYATAAN DAN KUASA

Dengan ini Saya/Kami MENYATAKAN dan MENYETUJUI bahwa Saya/Kami telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan diatas dengan lengkap dan benar. Dengan ini Saya/Kami MENYETUJUI dan MEMBERIKAN KUASA kepada setiap Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Laboratorium, Instituti Medis manapun, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum/Lembaga atau Perorangan yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung, untuk menyerahkan kepada dan/atau menerima dari PT Asuransi Ciputra Indonesia atau mereka yang diberi kuasa olehnya, setiap informasi kesehatan termasuk tetapi tidak terbatas pada data-data kesehatan. Salinan dari Surat Kuasa ini berlaku dan mempunyai kekuatan hukum yang sama seperti aslinya.

Ditandatangani di : \_\_\_\_\_ Tanggal (Tgl/Bulan/Tahun) : \_\_\_\_\_

Yang Mengajukan Klaim (Penerima Manfaat)

(Nama Lengkap & Tanda Tangan Sesuai KTP)

Alamat

Nomor Telp/HP

Email

Hubungan dengan Tertanggung :

# SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK KLAIM MENINGGAL DUNIA

(Diisi oleh Dokter yang merawat / mengobati)

Mohon kesediaan untuk mengisi pertanyaan di bawah ini dengan sebenarnya sesuai data dan informasi yang ada. Terima Kasih

## A. Data Pasien

Nomor Rekam Medis :

Nama Pasien :

Tanggal Lahir (Tgl/Bulan/Thn) :  /  /

## B. Penyebab Meninggal

Penyebab Meninggal Dunia :

Tempat Meninggal Dunia :

Tanggal Lahir (Tgl/Bulan/Thn) :

### Jika Meninggal Karena Penyakit

Penyebab Utama Meninggal :

Diagnosa Penyakit :

Tanggal Pertama Kali Pasien :

Menderita Penyakit

### Jika Meninggal Karena Kecelakaan

Jenis Kecelakaan  Lalu Lintas  Kerja  Lainnya, Sebutkan :

Kronologis Kecelakaan:

Apakah penyebab terjadinya kecelakaan disebabkan oleh pengaruh alkohol, narkotika / obat-obatan lainnya?

### Jika Meninggal Karena Sebab Lainnya

Mohon Jelaskan

## C. Riwayat Penyakit

Apakah Dokter hadir pada saat kematian terjadi?  Ya (Jika Ya, mohon sebutkan di bawah)  Tidak

Jika "Tidak", kapan terakhir kali pasien diperiksa / dirawat sebelum meninggal dunia ?

Kapan Pertama kali Pasien berkonsultasi dengan Dokter (Tgl/Bulan/Thn):  /  /

Mohon Jelaskan Keluhan yang dialami dan diagnosa yang Dokter berikan atas penyakit/ gangguan Kesehatannya :

Mohon sebutkan nama, alamat Dokter / RS yang diketahui pernah dikunjungi Pasien :

Dengan ini Saya menyatakan bahwa Saya adalah Dokter yang merawat / memeriksa pasien ini, dan saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar

Nama Dokter :

Spesialisasi :

Alamat Dokter/RS :

No. Telepon / Selular :

(Tempat / Tanggal)

(Stempel, Nama & Tanda Tangan Dokter)