

## FORMULIR KLAIM MENINGGAL DUNIA

### Untuk Polis Group dan Individu (Dilengkapi oleh Dokter)

(Semua pertanyaan harap dijawab dengan lengkap dan benar, dan beri tanda ✓ pada pilihan yang sesuai)  
(Penulisan tanggal selalu menggunakan format tanggal-bulan-tahun)

**1** Nama Lengkap Tertanggung ("Pasien"):

Tanggal Lahir / Usia Terakhir:

□	□	-	□	□	-	□	□	□	□	/	
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--

**2** Tempat Pasien Meninggal Dunia:

Tanggal Pasien Meninggal Dunia:

□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

**3** Penyebab kematian: (mohon mengisi kolom 3.i jika meninggal karena sakit, atau kolom 3.ii jika meninggal karena kecelakaan)

3.i  Meninggal Karena Sakit

a. Diagnosa: \_\_\_\_\_

b. Lama Pasien menderita sakit: \_\_\_\_\_

c. Tanggal pertama kali Pasien menderita penyakit tersebut:

□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

d. Tanggal pertama kali Pasien diperiksa untuk penyakit tersebut:

□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

d. Tanggal terakhir kali Pasien diperiksa untuk penyakit tersebut:

□	□	-	□	□	-	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

f. Apakah Anda adalah Dokter yang merawat Pasien selama menderita penyakit terakhir?

<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
-----------------------------	--------------------------------

g. Apakah Anda ada pada saat kematian terjadi?

<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
-----------------------------	--------------------------------

h. Apakah Anda pernah merawat/mengobati Pasien untuk penyakit lain?

<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
-----------------------------	--------------------------------

Bila "Ya", mohon disampaikan nama penyakit serta tanggal perawatan/pengobatan

Nama Penyakit	Tanggal Perawatan
	□ - □ - □□□□
	□ - □ - □□□□
	□ - □ - □□□□

Tanggal Perawatan
□ - □ - □□□□
□ - □ - □□□□
□ - □ - □□□□

Bila "Ya", mohon dijelaskan Dokter yang memeriksa dan diagnosanya?

Nama Dokter	Diagnosa

- h. Menurut pengamatan Dokter, apakah kematian ini juga disebabkan atau dipercepat atau merupakan komplikasi dari penyakit lain? Jika Ya, mohon diisi tabel berikut.  Ya  Tidak

Nama Penyakit	Diderita Sejak

3.ii  **Meninggal Karena Kecelakaan**

- a. Tanggal terjadinya kecelakaan: \_\_\_\_\_
- b. Jenis kecelakaan:  Lalu Lintas  Kerja  Lainnya, sebutkan \_\_\_\_\_
- c. Dari pengamatan Dokter, adakah sebab lain yang menyebabkan kecelakaan terjadi?  Ya  Tidak  
Jika Ya, mohon dijelaskan \_\_\_\_\_
- d. Apakah Anda ada pada saat kematian terjadi?  Ya  Tidak

4 Jika Pasien datang dalam keadaan meninggal (*death on arrival*) pada saat Dokter memeriksanya, mohon diberikan keterangan sebab meninggalnya dari pengamatan atau *visum at repertum* yang Dokter lakukan. Mohon dijelaskan juga lokasi dan kondisinya.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5 Mohon informasi lainnya yang menurut Dokter dapat membantu bagian klaim untuk memproses klaim ini (jika ada).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Deklarasi dan Otorisasi Dokter**

Dengan ini Saya menyatakan bahwa keterangan di atas adalah yang sebenar-benarnya dan selengkap-lengkapnya menurut sepengetahuan Saya dan catatan medis Pasien.

Ditandatangani di: \_\_\_\_\_ Tanggal:   -   -

Data Dokter dan RS (Tempat Perawatan):

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

Tanda Tangan:

No Telp/HP: \_\_\_\_\_

(sesuai KTP)

Ahli/Kualifikasi: \_\_\_\_\_

Nama RS: \_\_\_\_\_

Stempel RS:

Alamat RS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FORMULIR KLAIM MENINGGAL DUNIA**  
**Untuk Polis Group**  
**(Dilengkapi oleh Ahli Waris)**

(Semua pertanyaan harap dijawab dengan lengkap dan benar, dan beri tanda ✓ pada pilihan yang sesuai)  
(Penulisan tanggal selalu menggunakan format tanggal-bulan-tahun)

**1** Nomor Sertifikat:

Nama Pemegang Polis:

Nama Tertanggung:

Tempat Lahir Tertanggung:

Tanggal Lahir Tertanggung:  -  -

**2** Tempat Meninggal Dunia: \_\_\_\_\_ Pada Tanggal:  -  -

**3** Penyebab meninggal: (mohon mengisi kolom 3.i jika meninggal karena sakit, atau kolom 3.ii jika meninggal karena kecelakaan)

i.  Meninggal karena Sakit

Diagnosa \_\_\_\_\_

Lama menderita sakit: \_\_\_\_\_ Tanggal pertama kali sakit:  -  -

Apakah ada penyakit lain yang pernah diderita?  Ya (sebutkan di bawah)  Tidak

Jenis Penyakit	Diderita Sejak	Nama Dokter	Alamat Dokter

ii.  Meninggal karena Kecelakaan

Tanggal kejadian:  -  -

Jelaskan kronologis terjadinya kecelakaan:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Apakah kecelakaan tersebut telah dilaporkan kepada pihak yang berwajib?

Ya  Belum

Jika belum, mohon dijelaskan alasannya:

4 Apakah Tertanggung mempunyai asuransi jiwa pada perusahaan lain?

Ya (sebutkan di bawah)  Tidak

Nama Perusahaan Asuransi	Nomor Polis	Tahun (Periode) Pertanggungan

#### Pernyataan Ahli Waris dan Kuasa

Dengan ini Saya (Ahli Waris) memberitahukan PT. Asuransi Jiwa BCA bahwa Tertanggung di atas telah meninggal dunia, dan Saya dengan ini menyatakan bahwa jawaban dan pernyataan yang saya buat adalah benar dan tepat. Dengan ini Saya menyetujui bahwa pernyataan tertulis dan bukti-bukti dari semua Dokter yang memeriksa atau merawat Tertanggung, dan semua surat lainnya yang diminta oleh Penanggung akan menjadi bagian yang tak terpisahkan dari bukti kematian.

#### Surat Kuasa

Dengan ini Saya menyetujui dan memberikan kuasa kepada setiap Dokter atau orang yang telah merawat dan/atau yang memeriksa atau kepada setiap rumah sakit atau kepada Institusi dimana almarhum/almahkamah telah menerima pengobatan untuk menyerahkan setiap informasi kesehatan termasuk tetapi tidak terbatas pada data-data kesehatan, salinan dari Surat Kuasa ini berlaku dan mempunyai kekuatan hukum yang sama sebagaimana Surat Kuasa lainnya.

Ditandatangani di:

Tanggal:

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Yang mengajukan Klaim (Ahli Waris)

Alamat Tinggal Ahli Waris:

(Nama dan Ttd Sesuai KTP)

No Telp/HP:

Hubungan dengan Tertanggung:

Diketahui oleh Pemegang Polis: *(diksi oleh perwakilan dari Pemegang Polis)*

Nama Lengkap:

Tanda Tangan:

Jabatan:

Tanggal:

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--