



FORMULIR KLAIM MENINGGAL

(Disisi oleh Keluarga)

DATA PASIEN

Yang bertanda tangan dibawah ini, menerangkan bahwa :

1. Nama Tertanggung Jenis Kelamin L P

Tempat/Tgl. Lahir Umur

Alamat

Nama Pemegang Polis
(jika berbeda dg Tertanggung)

No. Polis

2. Yang mengajukan Klaim
(Nama Lengkap)

Alamat

Hubungan dengan
Tertanggung

3. Tempat Kejadian Perkara? *(tempat dimana Tertanggung ditemukan, Jam/langgathari)*

.....

Dilaporkan pada yang bertanggung jawab? *(jika "YA" tulis tanggal, tempat melapor)*

.....

Tempat pertama kali Tertanggung di rawat? *(nama dan alamat Rumah Sakit)*

.....

Sebab Kematian? *(menurut keterangan pihak keluarga)*

.....

Jika Meninggal karena sakit, sebutkan

- Nama Penyakitnya/Gejala :

- Lama menderita :

PL-102-VSDT

4. Apakah pernah mendapat perawatan atau pengobatan untuk Penyakitnya yang terakhir?

Jika "YA", sebutkan nama dan alamat Rumah Sakit/Dokter yang merawat.

5. Jika Tertanggung sudah diakibatkan, sebutkan tempat/langgal penguburan?

6. Apakah Tertanggung mempunyai Polis pada asuransi lain?

Jika "YA" sebutkan nama Perusahaan dan jumlah Uang Pertanggungannya.

Saya menyatakan bahwa Saya telah membaca dan menjawab pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan benar. Selanjutnya dengan ini Saya memberi kuasa kepada Dokter atau Rumah Sakit, Klinik, Perusahaan Asuransi atau Perusahaan/Badan/Lembaga atau Orang Lain yang mempunyai catatan atas Kesehatan Tertanggung untuk memberikan keterangan kepada PT Commonwealth Life atau wakil-wakilnya, setiap dan semua keterangan tentang Tertanggung berkenaan dengan kesehatan dan riwayat medis/kesehatan Tertanggung dan setiap perawatan Rumah Sakit, nasehat perawatan dan seluruh penyakit yang diderita. Salinan fotocopy dari Surat Kuasa ini dan kekuatannya sama dengan dokumen aslinya.

..... Tgl. Bulan Tahun

Meterai
Rp10.000

(Nama Jelas & Tanda tangan)



FORMULIR KLAIM MENINGGAL
DEATH CLAIM FORM

(Diisi lengkap oleh Dokter/ to be completed by the Doctor)

DATA PASIEN / PATIENT DETAILS

1. Nama Lengkap Pasien
Name

2. Jenis Kelamin L P
Sex M F

3. Tempat/Tgl. Lahir
Place / Date of Birth

4. Umur
Age

5. Alamat
Address

6. Nama Dokter yang Merawat
Name of Attending Doctor

7. Alamat Rumah Sakit
Hospital Address

8. Alamat Praktek Pribadi/Rumah
Personal Medical Attendant Address

9. Anamnesis
Anamnesis

A. Keluhan Utama :
Major Complaints

.....

.....

.....

.....

.....

B. Riwayat Perjalanan Penyakit :
History of Illness

.....

.....

.....

.....

.....

10. Pemeriksaan Fisik
Physical Treatment

Hal-hal yang Spesifik :
Specification

.....

.....

.....

.....

.....

11. Hasil Pemeriksaan Penunjang (Hal-hal yang Abnormal) :

Supporting Reports (Abnormal Cases)

A. Pemeriksaan Darah, Urine Lengkap :

Blood Test, Urine

.....
.....
.....

B. EKG, Tread Mill :

EKG, Tread Mill

.....
.....
.....

C. Rontgen/X-Ray :

Rontgen/X-Ray

.....
.....
.....

D. Histologi/Patologi Anatomi :

Histopathology

.....
.....
.....

E. Lain-lain :

Others

.....
.....
.....

12. Diagnosa Masuk :

Diagnose Admitted

.....
.....

13. Diagnosa Keluar/ Penyebab Kematian :

Diagnose Discharged/Death Causes

.....
.....

14. Tanggal Mulai Perawatan

Date Admitted or Stay

.....

15. Tanggal/Jam Kematian

Date/Time of Death

.....

16. Keterangan Tambahan :

Additional Information

.....
.....

Dokumen ini bersifat rahasia.

Seteleh diisi lengkap, harap disampaikan dengan amplop tertutup

Confidential. Please deliver in a sealed envelope

..... Tgl. Bulan Tahun

..... Date Month Year

.....

Tanda tangan & Cap DOKTER

Signature and stamp of the Doctor