

## FORMULIR KLAIM - MENINGGAL DUNIA

Formulir ini diisi oleh Termaslahat/Penerima Manfaat

Jawablah pertanyaan di bawah ini dengan lengkap dan jujur sehingga kami dapat memproses klaim dengan cepat. Jangan menggunakan tanda dan symbol.

Nomor Polis : \_\_\_\_\_

- Dokumen terlampir (wajib)** :
1.  Polis Asli
  2.  Fotokopi kartu identitas Tertanggung
  3.  Fotokopi kartu identitas Termaslahat/Penerima Manfaat
  4.  Fotokopi Surat keterangan meninggal dunia dari Pamong Praja ( Lurah ) yang sudah dilegalisir
  5.  Fotokopi Akte kematian dari Catatan Sipil yang sudah dilegalisir
  6.  Formulir Klaim Meninggal yang diisi dengan lengkap oleh Termaslahat/Penerima Manfaat
  7.  Formulir Surat Keterangan Dokter tentang Penyebab Kematian yang diisi oleh dokter yang menyatakan meninggal dunia atau yang merawat Tertanggung sebelum meninggal dunia
  8.  Berita acara dari kepolisian dalam hal meninggal dunia secara tidak wajar atau karena kecelakaan
  9.  Laporan kronologi kejadian meninggal jika Tertanggung meninggal di rumah
  10.  Surat keterangan dari perwakilan Indonesia dalam hal meninggal di luar negeri
  11.  Formulir Surat Kuasa Pelepasan Informasi dan Data Medik
  12.  Fotokopi buku tabungan yang mencantumkan informasi mengenai nomor rekening
  13.  Lainnya, jelaskan \_\_\_\_\_

### Catatan:

- Apabila Termaslahat/Penerima Manfaat adalah Individu, maka diwajibkan untuk mengisi "DATA PERTUKARAN INFORMASI ANTAR NEGARA-INDIVIDU" pada formulir terpisah
- Apabila Termaslahat/Penerima Manfaat adalah perusahaan, maka diwajibkan untuk mengisi "FORMULIR DATA PERTUKARAN INFORMASI ANTAR NEGARA-PERUSAHAAN" pada formulir terpisah

## A. DATA PEMEGANG POLIS

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

Tempat/tanggal lahir : \_\_\_\_\_ Negara tempat lahir : \_\_\_\_\_

Jenis identitas : KTP SIM Passport KIMS KITAS

No identitas : \_\_\_\_\_

Tanggal berakhirnya identitas : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
tgl bln tahun

Kewarganegaraan : \_\_\_\_\_

Pekerjaan : \_\_\_\_\_

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

Kota : \_\_\_\_\_ Kode Pos : \_\_\_\_\_

Propinsi : \_\_\_\_\_ Negara : \_\_\_\_\_

Nomor Telepon : Telepon (R) : \_\_\_\_\_ Telepon (K) : \_\_\_\_\_

Handphone : \_\_\_\_\_

Alamat email : \_\_\_\_\_

Untuk Manfaat Payor Protection/ Waiver Of Premium : Tanggal meninggal Pemegang Polis : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
tgl bln tahun

Tempat meninggal : \_\_\_\_\_

Sebab meninggal : \_\_\_\_\_

## B. DATA TERTANGGUNG

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

Tempat/tanggal lahir : \_\_\_\_\_ Negara tempat lahir : \_\_\_\_\_

Jenis identitas : KTP SIM Passport KIMS KITAS

No identitas : \_\_\_\_\_

Tanggal berakhirnya identitas : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
tgl bln tahun

Kewarganegaraan : \_\_\_\_\_

Pekerjaan : \_\_\_\_\_

Tempat Meninggal : \_\_\_\_\_

Tanggal Meninggal : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
tgl bln tahun

Sebab Meninggal : \_\_\_\_\_

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

Kota : \_\_\_\_\_ Kode Pos : \_\_\_\_\_

Propinsi : \_\_\_\_\_ Negara : \_\_\_\_\_

Nomor Telepon : Telepon (R) : \_\_\_\_\_ Telepon (K) : \_\_\_\_\_

Handphone : \_\_\_\_\_

## C. DATA TERMASLAHAT / PENERIMA MANFAAT

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

Tempat/tanggal lahir : \_\_\_\_\_ Negara tempat lahir : \_\_\_\_\_

Jenis identitas : KTP SIM Passport KIMS KITAS

No identitas : \_\_\_\_\_

Tanggal berakhirnya identitas : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
tgl bln tahun

Kewarganegaraan : \_\_\_\_\_

NPWP : \_\_\_\_\_

Pekerjaan : \_\_\_\_\_

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

Kota : \_\_\_\_\_ Kode Pos : \_\_\_\_\_

Propinsi : \_\_\_\_\_ Negara : \_\_\_\_\_

Nomor Telepon : Telepon (R) : \_\_\_\_\_ Telepon (K) : \_\_\_\_\_

Handphone : \_\_\_\_\_

Alamat email : \_\_\_\_\_

#### D. KETERANGAN TAMBAHAN

Polis Asuransi Jiwa / Kesehatan / Kecelakaan lain yang dimiliki Tertanggung

No	Nama Perusahaan	No Polis	Uang Pertanggungan	Jenis Asuransi (jiwa/kesehatan/kecelakaan)	Tanggal Mulai
					___ / ___ / ___ tgl / bln / tahun
					___ / ___ / ___ tgl / bln / tahun
					___ / ___ / ___ tgl / bln / tahun
					___ / ___ / ___ tgl / bln / tahun
					___ / ___ / ___ tgl / bln / tahun

#### E. KETERANGAN MENGENAI KEJADIAN MENINGGAL DAN RIWAYAT PENYAKIT/KONSULTASI

1. Apakah Tertanggung meninggal dunia secara mendadak ( tidak menderita sakit sebelumnya ) ?

Ya  Tidak

Jika "tidak" jawablah pertanyaan a, b dan c

- a. Kapan Tertanggung merasakan keluhan atau menunjukkan indikasi dari penyakit terakhir yang dideritanya ?

--

- b. Kapan pertama kali Tertanggung diperiksa ke dokter untuk penyakit terakhirnya ?

--

- c. Nama dan alamat dokter yang pernah merawat Tertanggung selama ini

No	Nama Dokter	Alamat	Tanggal Pemeriksaan
			___ / ___ / ___ tgl / bln / tahun
			___ / ___ / ___ tgl / bln / tahun
			___ / ___ / ___ tgl / bln / tahun
			___ / ___ / ___ tgl / bln / tahun
			___ / ___ / ___ tgl / bln / tahun

2. Jelaskan secara rinci penyakit lain yang pernah diderita oleh Tertanggung

--

3. Sebutkan nama dan alamat dokter yang menyatakan meninggal dunia

--

4. Sebutkan nama dan alamat Klinik / RS / Dokter / Puskesmas yang pernah dikunjungi oleh Tertanggung

No	Nama RS / Klinik / Dokter	Alamat	Telepon

**F. KETERANGAN MENGENAI KEJADIAN KECELAKAAN (JIKA SEBAB KEJADIAN ADALAH KECELAKAAN)**

Mohon agar jawaban yang diberikan dapat memberikan gambaran yang jelas tentang kecelakaan tersebut. Apabila ada lampiran seperti artikel koran atau keterangan karyawan harap dilampirkan

1. Bilamana dan bagaimana kecelakaan itu terjadi ?  
( berikan keterangan yang rinci dan gunakan halaman belakang sebagai tambahan )

2. Tempat terjadinya kecelakaan ( berikan keterangan yang rinci )

3. Pada kegiatan apa atau dalam kesempatan apa kecelakaan itu terjadi ?

4. Apakah ada saksi yang melihat pada waktu kecelakaan terjadi ?  
Jika "Ya" berikan nama dan alamat lengkap saksi tersebut

Ya  Tidak

5. Dalam hal kecelakaan lalu lintas

- a. Siapakah pengemudi saat terjadinya kecelakaan ?

- b. Apakah pengemudi memiliki Surat Izin Mengemudi yang masih berlaku ?

Ya  Tidak

- c. Apakah ada penumpang lain saat terjadinya kecelakaan ?

Ya  Tidak

Jika "Ya", Siapa?

6. Saat terjadi kecelakaan, apakah Tertanggung sedang menderita suatu penyakit atau cedera ?

Ya  Tidak

Jika "Ya" harap jelaskan secara rinci

7. Berapa banyak dan apa jenis alkohol yang diminum Tertanggung sebelum kecelakaan ( jika ada ) ?

- a. Apakah telah dilakukan tes kadar alkohol dalam darah ?

Ya  Tidak

Jika "ya" apa hasilnya ?

- b. Apakah Tertanggung berada dalam pengaruh obat-obatan ?

Ya  Tidak

- c. Apakah ada otopsi atau pemeriksaan mayat ?

Ya  Tidak

Jika "ya" jelaskan hasilnya dan dilakukan oleh siapa ?

8. Apakah ada penyelidikan polisi ?

Ya  Tidak

Jika "ya" kapan, dimana dan oleh siapa ?

