

## FORMULIR KLAIM MENINGGAL

- ✓ **Diisi oleh Pihak yang Mengajukan Klaim (Pihak Yang Ditunjuk)**
- ✓ **Mohon mengisi dengan tinta hitam, huruf cetak, dan memberi tanda (√) pada kotak jawaban yang sesuai.**
- ✓ **Mohon tidak menandatangani formulir dalam keadaan kosong dan pastikan semua pertanyaan telah diisi.**

### DATA PEMEGANG POLIS

1. Nama Pemegang Polis : \_\_\_\_\_
2. Nama Tertanggung : \_\_\_\_\_ Jenis Kelamin :  Pria  Wanita
3. No. Polis : \_\_\_\_\_
4. Almarhum/-ah sebagai \* :  Tertanggung  Pembayar Premi Lainnya : \_\_\_\_\_
5. Tempat & Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_, \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_ (tgl/bln/thn)
6. Telah meninggal dunia pada : Hari \_\_\_\_\_, \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_ (tgl/bln/thn)
7. Tempat Meninggal :  Rumah Sakit  Rumah Almarhum/-ah Lainnya : \_\_\_\_\_
8. Nama & Alamat tempat meninggal : \_\_\_\_\_
9. Sebab meninggal :  Penyakit  Kecelakaan Lainnya : \_\_\_\_\_
10. Alamat Tinggal : \_\_\_\_\_
11. Apakah semasa hidupnya Almarhum/-ah pernah menderita penyakit sebagai berikut:

| No | Penyakit               | Sejak Kapan (Tanggal/Bulan/Tahun) |
|----|------------------------|-----------------------------------|
| 1  | Jantung                |                                   |
| 2  | TBC                    |                                   |
| 3  | Diabetes Melitus       |                                   |
| 4  | Stroke                 |                                   |
| 5  | Hipertensi             |                                   |
| 6  | Paru-paru              |                                   |
| 7  | Penyakit Hati          |                                   |
| 8  | Kanker/Tumor           |                                   |
| 9  | Ginjal                 |                                   |
| 10 | Hepatitis              |                                   |
| 11 | Hiperlipidemi          |                                   |
| 12 | Penyakit Sistemik Lain |                                   |

### DATA PIHAK YANG DITUNJUK (DIISI OLEH PIHAK YANG DITUNJUK)

12. Nama Pihak Yang Ditunjuk : \_\_\_\_\_ Jenis Kelamin :  Pria  Wanita
13. Tempat & Tanggal Lahir & Usia : \_\_\_\_\_, \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_ (tgl/bln/thn) Usia: \_\_\_\_\_ tahun
14. Nomor E-KTP/Paspor : \_\_\_\_\_ Nomor Handphone\* : \_\_\_\_\_
15. Hubungan dengan Almarhum/-ah : \_\_\_\_\_ Alamat E-mail\* : \_\_\_\_\_

### DATA LAIN

16. Polis Perlindungan Penyakit Kritis di perusahaan asuransi lain yang dimiliki oleh Tertanggung
17. Nama Perusahaan Asuransi : \_\_\_\_\_ Tanggal Efektif Polis \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_ (tgl/bln/thn)

- 18. Riwayat Rawat Jalan di RS/Klinik : \_\_\_\_\_
- 19. Riwayat Rawat Inap di RS/Klinik : \_\_\_\_\_
- 20. Nama Dokter : \_\_\_\_\_
- 21. Nomor Rekam Medis : \_\_\_\_\_
- 22. Nomor BPJS/Jamkesda Tertanggung :

**DATA PEMBAYARAN KLAIM**

Apabila klaim disetujui, pembayaran klaim akan ditransfer ke:

- 23. Nama : \_\_\_\_\_
- 24. Nomor Rekening : \_\_\_\_\_
- 25. Bank : \_\_\_\_\_ Cabang : \_\_\_\_\_

**PERNYATAAN DATA DAN SURAT KUASA**

Akibat hukum dan/atau kerugian yang timbul karena ditandatanganinya formulir ini dalam keadaan kosong atau belum terisi lengkap menjadi tanggung jawab saya.

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. Saya memberi kuasa yang tidak akan berakhir karena sebab-sebab yang tercantum dalam Pasal 1813, 1814 dan Pasal 1816 KUH Perdata kepada setiap Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Laboratorium, Institusi Medis manapun, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Lembaga, atau Perorangan yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung, untuk memberitahukan kepada Unit Usaha Syariah PT Asuransi Simas Jiwa atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Tertanggung, Fotokopi dari Surat Kuasa ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

Ditandatangani di \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_

**(Materai 6000)**

**Tanda Tangan & Nama Jelas**  
(sesuai dengan kartu identitas yang berlaku)

**Pengajuan Klaim Meninggal disertai dengan dokumen-dokumen sebagai berikut :**

- Formulir Klaim Meninggal - **Asli**
- Polis – **Asli**
- Surat Keterangan Dokter – **Asli**
- Identitas diri Pihak Yang Ditunjuk yang masih berlaku – **Fotokopi**
- Identitas diri Pemegang Polis dan Tertanggung yang masih berlaku – **Fotokopi**
- Kartu Keluarga – **Fotokopi**
- Surat Keterangan Meninggal dari Kedutaan Besar Republik Indonesia (KBRI) jika meninggal diluar negeri – **Fotokopi**
- Surat Keterangan Kematian dari Kelurahan Setempat - **Fotokopi**
- Surat bukti pemakaman dari dinas pemakaman – **Fotokopi**
- Akte Kematian dari Instansi yang berwenang – **Fotokopi**
- Surat keterangan/berita acara Kepolisian (kecelakaan) – **Fotokopi**
- Surat *Visum et Repertum* – **Fotokopi**
- Dokumen lain yang dianggap perlu

RAHASIA

## SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK KLAIM MENINGGAL

Mohon diisi oleh Dokter yang merawat/mengobati  
\*\*Diisi salah satu berdasarkan penyebab meninggal

### DATA PASIEN/ALMARHUM/-AH (DIISI OLEH DOKTER)

1. Nama Pasien : \_\_\_\_\_
2. No. E-KTP/Paspor : \_\_\_\_\_
3. No. Pasien/Rekam Medis/No. Kartu : \_\_\_\_\_
4. Tanggal Lahir/Usia : \_\_\_\_ (tanggal) / \_\_\_\_ (bulan) / \_\_\_\_\_ (tahun) / \_\_\_\_ tahun (usia)
5. Jenis Kelamin :  Pria  Wanita
6. Alamat Rumah (sesuai E-KTP/Paspor) : \_\_\_\_\_  
Kode Pos: \_\_\_\_\_

### \*\*PENYEBAB MENINGGAL

7. Keadaan yang menyebabkan meninggal : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Tempat Meninggal : \_\_\_\_\_
9. Tanggal & Jam Meninggal : \_\_\_\_ : \_\_ (jam) - \_\_\_\_ (tanggal) / \_\_\_\_ (bulan) / \_\_\_\_\_ (tahun)
10. Sebab utama meninggal : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. Diagnosa Penyakit : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. Penyebab diagnosa tersebut : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
13. Sejak kapan mulai diderita penyakit tersebut : \_\_\_\_ (tanggal) / \_\_\_\_ (bulan) / \_\_\_\_\_ (tahun)  
Mohon ceritakan kronologis penyakit secara singkat:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### \*\* JIKA MENINGGAL KARENA KECELAKAAN

14. Tempat & tanggal kecelakaan : \_\_\_\_\_ (tempat)  
\_\_\_\_\_ (tanggal) / \_\_\_\_ (bulan) / \_\_\_\_\_ (tahun)
15. Apakah penyebab terjadinya kecelakaan disebabkan oleh pengaruh alkohol/narkotika/obat-obatan/lainnya?  
 Ya  Tidak, Jika "Ya", jelaskan : \_\_\_\_\_
16. Kronologis terjadinya kecelakaan : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
17. Apakah penyebab meninggal disebabkan oleh pengaruh alkohol/narkotika/obat-obatan/lainnya?  
 Ya  Tidak

18. Jika "Ya", mohon jelaskan:

---

---

19. Apakah Almarhum/-ah menderita/memiliki riwayat penyakit yang berhubungan dengan **hipertensi, kencing manis, jantung, paru-paru, hati, kejiwaan, bawaan, Human Immunodeficiency Virus (HIV), dan lainnya?**

Ya  Tidak

20. Jika "Ya", Diagnosa Penyakit : \_\_\_\_\_ Diderita sejak : \_\_\_\_\_

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

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

21. Nama Dokter/Rumah Sakit/Puskesmas/Laboratorium yang pernah dikunjungi Almarhum/-ah selama hidup untuk memeriksa kesehatannya:

---

22. Apakah Dokter pernah mendapatkan rujukan atau melakukan rujukan pada Almarhum/-ah?

Ya  Tidak

23. Jika "Ya", mohon cantumkan informasi berikut:

Nama RS/Klinik : \_\_\_\_\_ Nama Dokter : \_\_\_\_\_

No. Telepon : \_\_\_\_\_

24. Apakah Dokter hadir pada waktu Pasien meninggal?

Ya, keluhan & gejala gangguan kesehatan terakhir sebelum Pasien meninggal:

---

Diagnosa gangguan kesehatan terakhir sebelum Pasien meninggal:

---

Tidak, Kapan Dokter terakhir merawat Pasien ini sebelum Pasien meninggal?

\_\_\_\_ (tanggal) / \_\_\_\_ (bulan) / \_\_\_\_\_ (tahun)

#### PERNYATAAN DOKTER

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

Nama Dokter/Spesialisasi : \_\_\_\_\_

Alamat Dokter/Rumah Sakit : \_\_\_\_\_

Nomor Telepon/*Handphone* : \_\_\_\_\_

Ditandatangani di \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_

**Nama Dokter**

Tanda Tangan & Nama Jelas  
(sesuai dengan kartu identitas yang berlaku)

**Cap Rumah Sakit**

Cap Harus Jelas