

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	Ya	Tidak	Sejak Kapan (Tanggal/Bulan/Tahun), Tempat
1	Jantung			____/____/____, _____
2	TBC			____/____/____, _____
3	Diabetes Mellitus			____/____/____, _____
4	Stroke			____/____/____, _____
5	Hipertensi			____/____/____, _____
6	Paru-paru			____/____/____, _____
7	Ginjal			____/____/____, _____
8	Hati/Hepatitis			____/____/____, _____
9	Kanker/Tumor			____/____/____, _____
10	Hiperlipidemi			____/____/____, _____
11	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. Nomor Handphone Saudara Tidak Serumah : _____
16. Alamat Tempat Tinggal Saat ini : _____
17. Hubungan dengan Almarhum/-ah : _____ Alamat E-mail : _____
18. Pekerjaan : _____ Jabatan : _____
19. Bidang/Jabatan : _____ Penghasilan Per Tahun: _____

DATA LAIN

20. Polis Perlindungan Penyakit Kritis di perusahaan asuransi lain yang dimiliki oleh Tertanggung
21. Nama Perusahaan Asuransi : _____ Tanggal Efektif Polis __/__/____ (tgl/bln/thn)

22. Riwayat Rawat Jalan di RS/Klinik : _____
23. Riwayat Rawat Inap di RS/Klinik : _____
24. Nama Dokter : _____
25. Nomor Rekam Medis : _____
26. Nomor BPJS/Jamkesda Tertanggung :

DATA PEMBAYARAN KLAIM

Apabila klaim disetujui, pembayaran klaim akan ditransfer ke:

27. Nama : _____
28. Nomor Rekening : _____
29. 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 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 10000)

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

Cap Rumah Sakit

Tanda Tangan & Nama Jelas

Cap Harus Jelas