

KUESIONER MENINGGAL

(UNTUK DIISI OLEH PENERIMA MANFAAT)

A. IDENTITAS TERTANGGUNG

No. Polis :

Nama Tertanggung :

Tanggal Lahir :

Usia :

Jenis Kelamin :

No. E-KTP/Paspor :

No. Telepon :

Alamat :

B. RINCIAN

1. Tempat Kematian :

- Rumah
- Rumah Sakit, sebutkan Nama RS.....
- Lainnya, jelaskan.....

2. Tanggal Kematian : Tanggal (dd) bulan (mm) tahun (yy)

--	--	--

3. Penyebab Kematian :

- Sakit, sebutkan jenis penyakit.....
-
-
- Kecelakaan, sebutkan jenis kecelakaan.....
-
-

4. Mohon sebutkan nama Dokter yang menangani Almarhum/Almarhumah pada saat kematian?

Nama Dokter	Nama Rumah Sakit	Alamat dan No. Telepon

5. Mohon sebutkan nama Dokter yang menangani Almarhum/Almarhumah semasa hidup?

Tanggal Konsultasi	Nama Dokter	Nama Penyakit/Diagnosa	Nama Rumah Sakit, Alamat dan No. Telepon

6. Apakah pada Almarhum/ Almarhumah dilakukan autopsi (Pemeriksaan Jenazah)? Mohon jelaskan.

Tanggal Autopsi	Nama Dokter	Nama Rumah Sakit	Hasil Autopsi/Keterangan

7. Mohon sebutkan Jenis Pekerjaan dan Tempat Bekerja Almarhum/Almarhumah?

Jenis Pekerjaan	Nama Perusahaan	Alamat dan No. Telepon

8. Apakah terdapat saksi pada saat kematian Tertanggung? Mohon sebutkan.

Nama Saksi	Hubungan dengan Almarhum/Almarhumah	Alamat dan No. Telepon

C. PERNYATAAN PENERIMA MANFAAT

Penerima Manfaat (selanjutnya disebut "Saya/Kami") menyatakan bahwa:

1. Semua keterangan di dalam kuesioner ini telah Saya/Kami berikan dengan jelas, benar dan jujur. Tidak ada keterangan maupun hal-hal lainnya yang Saya/Kami sembunyikan yang dapat mempengaruhi Proses Klaim.
2. Akibat hukum dan/atau kerugian yang timbul karena ditandatanganinya kuesioner ini dalam keadaan kosong atau belum terisi lengkap menjadi tanggung jawab Saya/Kami.

...../...../.....
(Tempat & Tanggal Pembuatan Kronologis)

Materai
Rp.6.000,-

.....
(Nama & Tanda Tangan Wakil Penerima Manfaat)

Saksi – Saksi

Nama:
Nomor E-KTP:

Nama:
Nomor E-KTP:

Nama:
Nomor E-KTP:

Nama:
Nomor E-KTP:

Catatan:

Mohon Form ini di Isi dan di lengkapi oleh salah satu atau wakil Penerima Manfaat, jika Penerima Manfaat lebih dari satu orang.