

FORMULIR KLAIM MENINGGAL DUNIA

Catatan Penting :

- Formulir ini harus diisi oleh Penerima Manfaat/ Pengajuan Klaim
- Jawab semua pertanyaan di bawah dengan lengkap, jelas, dan benar, beri tanda ✓ pada pilihan yang tersedia
- Lengkapi dokumen klaim yang dibutuhkan agar proses klaim dapat diproses dengan cepat dan akurat

Nomor Polis / Sertifikat:

Tanggal Dokumen Diterima

Informasi Penyebab Kematian :

1. Tanggal Meninggal (Tgl/Bulan/Thn) : / /

2. Tempat Meninggal Dunia:

Rumah

Rumah Sakit

Lainnya (sebutkan) :

3. Penyebab Meninggal Dunia:

Sakit

Kecelakaan

Lainnya (sebutkan) :

4. Kronologis Kematian :

Riwayat Perawatan/ Pengobatan

Diagnosa	Diderita Sejak	Nama Dokter / RS	Alamat Dokter/RS

Informasi Lain

Apakah Tertanggung memiliki polis di Asuransi lain ? Ya (Jika Ya, mohon sebutkan di bawah) Tidak

PERNYATAAN-PERNYATAAN DAN KUASA

Dengan ini Saya/Kami MENYATAKAN dan MENYETUJUI bahwa Saya/Kami telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan diatas dengan lengkap dan benar. Dengan ini Saya/Kami MENYETUJUI dan MEMBERIKAN KUASA kepada setiap Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Laboratorium, Instituti Medis manapun, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum/Lembaga atau Perorangan yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung, untuk menyerahkan kepada dan/atau menerima dari PT Asuransi Ciputra Indonesia atau mereka yang diberi kuasa olehnya, setiap informasi kesehatan termasuk tetapi tidak terbatas pada data-data kesehatan. Salinan dari Surat Kuasa ini berlaku dan mempunyai kekuatan hukum yang sama seperti aslinya.

Ditandatangani di : _____ Tanggal (Tgl/Bulan/Tahun) : _____

Yang Mengajukan Klaim (Penerima Manfaat)

Alamat

Nomor Telp/HP

Email

(Nama Lengkap & Tanda Tangan Sesuai KTP)

Hubungan dengan Tertanggung :

SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK KLAIM MENINGGAL DUNIA

(Diisi oleh Dokter yang merawat / mengobati)

Mohon kesediaan untuk mengisi pertanyaan di bawah ini dengan sebenarnya sesuai data dan informasi yang ada. Terima Kasih

A. Data Pasien

Nomor Rekam Medis :
Nama Pasien :
Tanggal Lahir (Tgl/Bulan/Thn) : / /

B. Penyebab Meninggal

Penyebab Meninggal Dunia :
Tempat Meninggal Dunia :
Tanggal Lahir (Tgl/Bulan/Thn) :

Jika Meninggal Karena Penyakit

Penyebab Utama Meninggal :
Diagnosa Penyakit :
Tanggal Pertama Kali Pasien :

Menderita Penyakit

Jika Meninggal Karena Kecelakaan

Jenis Kecelakaan Lalu Lintas Kerja Lainnya, Sebutkan :

Kronologis Kecelakaan:

Apakah penyebab terjadinya kecelakaan disebabkan oleh pengaruh alkohol, narkotika / obat-obatan lainnya?

Jika Meninggal Karena Sebab Lainnya

Mohon Jelaskan

C. Riwayat Penyakit

Apakah Dokter hadir pada saat kematian terjadi? Ya (Jika Ya, mohon sebutkan di bawah) Tidak

Jika "Tidak", kapan terakhir kali pasien diperiksa / dirawat sebelum meninggal dunia ?

Kapan Pertama kali Pasien berkonsultasi dengan Dokter (Tgl/Bulan/Thn): / /

Mohon Jelaskan Keluhan yang dialami dan diagnosa yang Dokter berikan atas penyakit/ gangguan Kesehatannya :

Mohon sebutkan nama, alamat Dokter / RS yang diketahui pernah dikunjungi Pasien :

Dengan ini Saya menyatakan bahwa Saya adalah Dokter yang merawat / memeriksa pasien ini, dan saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar

Nama Dokter :
Spesialisasi :
Alamat Dokter/RS :

No. Telepon / Selular :

(Tempat / Tanggal)

(Stempel, Nama & Tanda Tangan Dokter)