



FORMULIR KLAIM ASURANSI



BAGIAN A : KETERANGAN TERTANGGUNG

Yang bertanda tangan dibawah ini

Pemegang Polis:.....

Nomor Polis :.....

Menerangkan dengan sebenarnya bahwa:

Nama Peserta :
Tanggal Lahir : JenisKelamin Pria Wanita Usia :
Nomor Sertifikat : No. Telepon/HP yang dapat dihubungi:.....
Alamat sesuai KTP :

Telah meninggal dunia pada hari/tanggal :
Waktu : WIB, WITA, WIT : Pukul
Tempat kejadian :
Rumah Tinggal Alamat Rumah :
Rumah Sakit Nama Rumah Sakit :
Tempat Lain :

Sebab – sebab meninggal dunia
Melahirkan/Kehamilan Pekerjaan penderita Kecelakaan, sebab :
Sakit. Nama Penyakit yang diderita
Sejak kapan penyakit diderita

Kronologis kejadian sebelum peserta meninggal dunia
Nama Dokter :
Alamat Lengkap :

(Berikan gambaran se jelas mungkin dalam menceritakan kronologis kejadian. Apabila kolom yang disediakan tidak cukup, dapat digunakan lembar terpisah)

*Apabila peserta meninggal dunia di rumah tinggal, diwajibkan mengisi lampiran pertanyaan kronologis dengan lengkap dan benar.

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar, dan dengan ini saya member kuasa kepada setiap dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, perusahaan asuransi, badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan kesehatan pasien untuk memberitahukan kepada Penanggung atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan pasien. Copy dari pernyataan ini sama kuatnya dan sah seperti aslinya.

Ditandatangani di.....
Dibuat oleh,

Tanggal.....

(tanda tangan, nama jelas & stempel kreditur)
Jabatan:.....

(tangan tangan, nama jelas)
Hubungan keluarga :.....

BAGIAN B : KETERANGAN DOKTER / RESUME MEDIS

Apakah Pasien Meninggal Karena :

No.	KETERANGAN	Ya	Tidak
1	Bunuh diri atau percobaan bunuh diri ?		
2	Pemakaian alkohol yang berlebihan ?		
3	Terpapar atau terkontaminasi radio aktif ?		
4	Kecelakaan Penerbangan non komersial (bukan anggota IATA) ?		
5	Penganiayaan, perbuatan kekerasan, pemberontakan, huru-hara, pengacauan dan/ atau perbuatan terror?		
6	Penggunaan narkotika, psikotropika dan zat adiktif lainnya (NAPZA)/ obat terlarang atau Obat yang dilarang hukum atau kecanduan pada sejenis obat atau turunannya ?		
7	Melahirkan/ Kehamilan secara keseluruhan atau sebagian dari seorang wanita, keguguran atau komplikasi lain yang berhubungan ?		
8	Penyakit Cacat, Tumor/kanker, TBC, Asma, Kencing Manis, penyakit ginjal atau gagal ginjal, saluran kencing, masalah pada jantung/ stroke atau arteri pada jantung, penyakit pembuluh darah, tekanan darah tinggi, penyakit jantung koroner, gangguan jiwa/stress, epilepsy (ayan), kelainan bawaan, Hepatitis B atau C, sakit lupus, cacat, radang paru-paru akut, penyakit hati, tiroid, HIV, AIDS, ARC dan penyakit kronis lainnya ?		

Nama Pasien :

Apakah pasien di rawat inap ?

Ya, Indikasi Rawat Inap

.....

Tidak

Apakah pasien mendapatkan perawatan di ruang gawat darurat?

Tidak

Ya

Berapa lama ?

Tindakan yang dilakukan

.....

Tanggal Perawatan

.....

Gejala pada saat masuk RS

.....

Pasien pertama kali berobat untuk penyakit tersebut

Tanggal.....

Nama Dokter

Alamat lengkap

.....

Pasien Meninggal Dunia karena : Kecelakaan Pekerjaan Pasien Kelainan Bawaan

Melahirkan/kehamilan

Lain-lain

Riwayat penyakit dahulu (Sebutkan nama penyakit, kapan mulai diderita, pengobatan yang diberikan dan nama dokter yang merawat)

Diagnosa.....

Obat-obatan yang diberikan

.....

Nama Tindakan/pembedahan	:
Dirawat oleh lebih dari 1 (satu dokter), sebutkan nama dokter dan spesialisasinya	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

1. Apakah almarhum biasa berkonsultasi / berobat kepada anda selama ini ?
.....
Jika ya, sudah berapa lama?
2. Apakah anda merawat almarhum untuk penyakitnya yang terakhir ini ?
.....
Jika ya, sejak kapan?
3. Apakah diagnosa penyakitnya ?
.....
4. Pengobatan yang diberikan ?
.....
5. Berapa lamakah almarhum dirawat di rumah sakit atau di rumah
.....
6. Apakah almarhum juga menderita penyakit lainnya ?
.....
7. Kelainan yang ditemukan pada pemeriksaan laboratorium, sinar X, EKG, biopsy/P.A dan lain-lain yang menunjang diagnosa
.....
8. Keterangan tambahan lainnya
.....
.....
.....

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

Nama Dokter : _____ Spesialisasi : _____

Nama Rumah Sakit : _____

Alamat Dokter / RS : _____

No. Telepon / HP : _____

Ditandatangani di Tanggal

Tandatangan Dokter Stempel Rumah Sakit

DAFTAR PERTANYAAN UNTUK KLAIM

(Wajib diisi dengan lengkap dan benar bilamana peserta meninggal dunia di rumah tinggal)

Nama yang meninggal dunia :

Meninggal pada tanggal :

Di :

Keterangan inidiberikan oleh :

Hubungan keluarga dengan Almarhum (ah) :

-
- A. Apakah Almarhum (ah) meninggal dengan tiba-tiba saja?
(Tidak menderita sakit sebelumnya) Tidak Ya
- B. Apakah almarhum (ah) sebelum meninggal menderita Demam Panas? Tidak Ya. Sejak.....
.....
- C. Apakah almarhum (ah) sebelum meninggal jatuh pingsan?
(Tidak Ingat Diri) Tidak Ya. Selama.....
.....
- D. Apakah almarhum (ah) sebelum meninggal menderita kaku?
Lumpuh atau Kejang-Kejang, Keram? Tidak Ya. Sejak.....
.....
- E. Apakah almarhum (ah) sebelum meninggal menderita sakit
Batuk-Batuk atau Sesak Nafas? Tidak Ya Sejak.....
.....
- F. Apakah almarhum (ah) sebelum meninggal menderita sakit
Muntah-Muntah? Tidak Ya Sejak.....
.....
- G. Apakah almarhum (ah) sebelum meninggal menderita sakit
Diare? (Mencret) Tidak Ya Sejak.....
.....
- H. Apakah almarhum (ah) sebelum meninggal menderita sakit
Kaki Bengkak? Tidak Ya Sejak.....
.....
- I. Apakah almarhum (ah) sebelum meninggal menderita sakit
Perut atau Gembung Perut? Tidak Ya Sejak.....
.....
- J. Apakah almarhum (ah) sebelum meninggal menderita sakit
Pinggang? Tidak Ya Sejak.....
.....

K. Apakah almarhum (ah) sebelum meninggal pernah menderita penyakit

- | | | | | | |
|-------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|----|-------------|
| 1. Tumor | <input type="checkbox"/> | Tidak | <input type="checkbox"/> | Ya | sejak |
| 2. Stroke | <input type="checkbox"/> | Tidak | <input type="checkbox"/> | Ya | sejak |
| 3. Kencing Manis | <input type="checkbox"/> | Tidak | <input type="checkbox"/> | Ya | sejak |
| 4. Jantung | <input type="checkbox"/> | Tidak | <input type="checkbox"/> | Ya | sejak |
| 5. Ginjal | <input type="checkbox"/> | Tidak | <input type="checkbox"/> | Ya | sejak |
| 6. Hati | <input type="checkbox"/> | Tidak | <input type="checkbox"/> | Ya | sejak |
| 7. Tekanan Darah Tinggi | <input type="checkbox"/> | Tidak | <input type="checkbox"/> | Ya | sejak |
| 8. Tekanan Darah Rendah | <input type="checkbox"/> | Tidak | <input type="checkbox"/> | Ya | sejak |
| 8. Kanker | <input type="checkbox"/> | Tidak | <input type="checkbox"/> | Ya | sejak |
| 9. TBC | <input type="checkbox"/> | Tidak | <input type="checkbox"/> | Ya | sejak |
| 10. Penyakit Kelamin | <input type="checkbox"/> | Tidak | <input type="checkbox"/> | Ya | sejak |
| 11. Malaria | <input type="checkbox"/> | Tidak | <input type="checkbox"/> | Ya | sejak |
| 12. Syaraf | <input type="checkbox"/> | Tidak | <input type="checkbox"/> | Ya | sejak |
| 13. Ayan | <input type="checkbox"/> | Tidak | <input type="checkbox"/> | Ya | sejak |

L. Apakah almarhum (ah) meninggal karena keracunan? Tidak Ya racun.....
.....

M. Apakah almarhumah sebelum meninggal dunia dalam keadaan Hamil atau sedang melahirkan anak/ sesudah melahirkan anak? Tidak Ya tanggal melahirkan
(Hanya Untuk Wanita)

N. Apakah almarhum (ah) meninggal disebabkan oleh salah satu Kecelakaan? Tidak Ya pada tanggal.....

O. Apakah almarhum (ah) meninggal pada waktu/setelah dioperasi? Tidak Ya pada tanggal.....
operasi.....

P. Apakah almarhum (ah) sebelum meninggal dirawat di Rumah Sakit ? Tidak Ya di.....
Alamat.....

Q. Apakah almarhum (ah) sebelum meninggal di obati Dokter, Tabib, Dukun dan sebagainya ? Tidak Ya Nama.....
Alamat.....

R. Apakah almarhum (ah) meninggal karena Bunuh Diri ? Tidak Ya
.....

S. Adakah tanda-tanda lain yang dapat saudara/i terangkan yang tak terdapat pada pertanyaan diatas? Tidak Ya
.....

Ditandatangani di.....

Tanggal.....

Dibuat oleh,

.....

(tangan tangan, nama jelas)

Hubungan keluarga :.....