



Formulir Pengajuan Klaim Meninggal Dunia

Mohon diisi dengan menggunakan huruf cetak dan tulisan yang jelas.

A. DATA AHLI WARIS/PIHAK YANG MENGAJUKAN KLAIM

Nama lengkap (sesuai KTP/KITAS) : _____
Alamat Korespondensi : _____
(jika alamat berbeda dengan KTP/KITAS) _____
Kode Pos: _____
Tempat dan Tanggal Lahir : _____
Telepon yang dapat dihubungi : _____
Alamat E-Mail yang aktif : _____

B. DATA TERTANGGUNG YANG DIISI OLEH AHLI WARIS/PENGAJU KLAIM

Nama Pemegang Polis (sesuai KTP/KITAS) : _____
Nama Tertanggung Polis (sesuai KTP/KITAS): _____
Nomor Polis/Nomor Sertifikat : _____
Tempat dan Tanggal Lahir Tertanggung : _____
Riwayat Penyakit Semasa Hidup : _____
Rumah Sakit/Dokter yang merawat : _____

Apabila klaim berdasarkan ketentuan polis disetujui maka pembayaran dilakukan ke rekening yang ditunjuk ahli waris/pengaju klaim

Nama Pemilik Rekening : _____
Nama Bank : _____ Cabang: _____
Nomor Rekening : _____

PERNYATAAN DAN SURAT KUASA

Dengan ini, Kami yang bertanda tangan dibawah ini selaku Ahli Waris/pihak yang mengajukan klaim memberikan kuasa kepada Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Perusahaan Asuransi, Instansi yang berwenang dan organisasi lainnya ataupun perorangan yang mengetahui mengenai Riwayat Kesehatan Tertanggung, untuk memberikan keterangan yang diminta/diperlukan oleh PT Central Asia Financial (JAGADIRI). Izin atau kuasa tidak gugur dikarenakan sebab-sebab dari ketentuan Pasal 1813 KUH Perdata tentang berakhirnya kuasa. Dalam keadaan demikian, Kami yang bertanda tangan dibawah ini selaku Ahli Waris/pihak yang mengajukan klaim, mewajibkan kepada pihak yang berkepentingan dengan manfaat Polis ini untuk memberikan keterangan seperti yang dimaksud diatas dengan sebenar-benarnya. Salinan Pernyataan dan Surat Kuasa ini sama sah dan berlakunya seperti dokumen aslinya.

Tempat diajukan _____ Tanggal _____

Yang mengajukan Klaim

Saksi dari Pengaju Klaim

(_____)
Tanda Tangan dan Nama Jelas

(_____)
Tanda Tangan dan Nama Jelas

Nama Pasien : _____

Tanggal Lahir : _____

Nomor Rekam Medis : _____

Tempat, Tanggal dan Waktu Meninggal :

Tempat _____ Tanggal _____ Bulan _____ Tahun

--	--	--	--

 Jam _____ : _____

Diagnosa Lengkap

Apakah Pasien dirujuk oleh Dokter/Rumah Sakit Lain

Ya Tidak

Jika "Ya", nama Dokter/Rumah Sakit yang merujuk

Riwayat Penyakit saat ini sesuai rekam medis

Informasi tanggal Rawat Jalan/Rawat Inap pertama kali sesuai rekam medis

Tanggal _____ Bulan _____ Tahun

--	--	--	--

Keluhan utama dan diagnosa saat pasien pertama kali datang ke RS

Riwayat Penyakit Dahulu (RPD): _____

Kapan pertama kali terdiagnosa dengan diagnosa tersebut : Tanggal _____ Bulan _____ Tahun _____

Apakah kondisi saat ini merupakan kelanjutan komplikasi atau berhubungan dengan penyakit yang diderita oleh pasien sebelumnya

___ Tidak

___ Ya (Mohon penjelasan lebih lanjut atas jawaban di atas)

Hasil Pemeriksaan Fisik : _____

Hasil Pemeriksaan Penunjang Medis : _____

Sebab Meninggal Dunia : _____

Apakah sebab meninggal dunia berhubungan dengan keadaan/kondisi dibawah ini

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Penyakit bawaan atau kelainan sejak lahir | <input type="checkbox"/> Riwayat perang dan tugas militer atau tempat konflik bersenjata |
| <input type="checkbox"/> Kehamilan, Kelahiran, atau Keguguran dan komplikasi yang terjadi sebagai akibatnya | <input type="checkbox"/> Pekerjaan risiko tinggi (pembersih kaca, petarung profesional, Pembalap profesional, pekerja tambang atau migas, pemburu, penyelam, terjun payung |
| <input type="checkbox"/> Penyalahgunaan Alkohol atau Penggunaan obat-obat terlarang | <input type="checkbox"/> Gangguan fungsi emosional pikiran termasuk tidak terbatas pada gangguan psikotik, neurotik, psikosomatik dan manifestasinya |
| <input type="checkbox"/> Bunuh diri | <input type="checkbox"/> Penyebab/Penyakit lainnya, mohon jelaskan : _____ |
| <input type="checkbox"/> HIV/AIDS | |

Apakah Pasien meninggal semata-mata dan secara langsung diakibatkan oleh Cedera Tubuh karena kecelakaan/trauma?

Tidak Ya

Mohon penjelasan : _____

Tanggal Kecelakaan : Hari Bulan Tahun

Tempat Terjadinya Kecelakaan : _____

Penyebab Kecelakaan : _____

Lokasi Cedera Tubuh : _____

Keterangan rinci tentang Cedera Tubuh : _____

Apakah dilakukan Pemeriksaan Luar Jenazah atau dilakukan otopsi?

Tidak Ya (Jika "Ya", Mohon informasi sesuai hasil Visum).

Hasil Pemeriksaan Luar Tubuh : _____

Hasil Pemeriksaan Dalam Tubuh : _____

Saya, sebagai Dokter yang menangani pasien tersebut di atas menyatakan telah memberikan informasi dengan sebenar-benarnya sesuai dengan kondisi pasien dan kompetensi saya.

Nama Rumah Sakit	<input type="text"/>	Nama Dokter, tanda tangan dan stempel RS
Alamat Rumah Sakit	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	
No. Telepon	<input type="text"/> - <input type="text"/>	
Tempat dan Tanggal	<input type="text"/> / <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	