

## FORMULIR KLAIM MENINGGAL DUNIA

Agar mempercepat proses klaim, harap semua pertanyaan di bawah dijawab dengan benar, lengkap dan jelas.

### Yang bertanda tangan dibawah ini (Diisi oleh Ahli Waris/Pengaju Klaim):

Nama Lengkap	:	_____
Tempat dan tanggal lahir	:	_____
Jenis Kelamin	:	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita
Alamat	:	_____
Telepon/HP/Faksimili/Email	:	_____
Hubungan dengan Tertanggung/Peserta	:	_____

### Menerangkan dengan sebenarnya, bahwa Almarhum dengan data sebagai berikut:

Nama Lengkap Almarhumah	:	_____
Nama Panggilan / Alias	:	_____
Jenis Kelamin	:	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita
No Polis/Sertifikat	:	_____
Tempat dan tanggal lahir	:	_____
Alamat	:	_____
Pekerjaan terakhir	:	_____
Tempat dan tanggal meninggal	:	_____
Sebab meninggal	:	_____

### Riwayat Kesehatan Tertanggung/Peserta/Almarhum

#### 3.1 Apakah semasa hidupnya Tertanggung/Peserta/Almarhum pernah menderita sakit sebagai berikut :

No.	Riwayat Penyakit	Penyakit diderita sejak (tanggal/bulan/tahun)
1.	Jantung	
2.	TBC	
3.	Diabetes Melitus	
4.	Stroke	
5.	Hipertensi	
6.	Penyakit Paru-paru	
7.	Penyakit Hati	
8.	Kanker/tumor	
9.	Ginjal	
10.	Hepatitis	
11.	Hiperlipidemi	
12.	Penyakit Sistemik lain	

#### 3.2 Apakah almarhum pernah berobat ke dokter? Jika ya, mohon sebutkan nama dokter, nama RS/klinik, alamat, dan no telp RS/klinik

- a. \_\_\_\_\_
- b. \_\_\_\_\_
- c. \_\_\_\_\_

#### 3.3 Apakah tertanggung memiliki polis lain :

- 3.2.1 Nama Perusahaan Asuransi : \_\_\_\_\_
- 3.2.2 No. Polis : \_\_\_\_\_
- 3.3.3 Tanggal Efektif Polis : \_\_\_\_\_

**Apabila klaim disetujui maka pembayaran ke Yang Ditunjuk/Pemegang Polis (untuk produk kumpulan/grup)**

1. Nama lengkap	:	_____
2. Nama Bank dan Cabang	:	_____
3. No rekening	:	_____
4. Alamat Bank	:	_____

*Pengajuan klaim ini harus dilengkapi dengan Surat Keterangan Dokter dan Surat Kuasa Pemberian Rekam Medis*

-----

**(Diisi oleh pihak Bank/Pemegang Polis khusus untuk produk kumpulan/group)**

Jenis Fasilitas	:	_____
Pokok Pembiayaan	:	_____
Tanggal Mulai Asuransi	:	_____
Outstanding Pokok	:	_____

(Tandatangan Pejabat Bank/Pemegang Polis dan stempel Perusahaan)

**PERNYATAAN KUASA**

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti, dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas dengan benar. Dengan ini saya/ahli waris dari atas nama Tertanggung diatas bersama ini memberikan kuasa kepada PT Hanwha Life Insurance Indonesia atau pihak yang diberi kuasa olehnya untuk memperoleh segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan /kesehatan Almarhum dari Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Instansi Pemerintah, Perorangan atau Organisasi lainnya.

Ditandatangani di : \_\_\_\_\_ Tanggal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Materai 6000

\_\_\_\_\_  
Tanda Tangan dan Nama Jelas Pihak Ahli waris

## SURAT KETERANGAN DOKTER

(Di isi oleh Dokter yang Merawat)

### Data Pasien /Almarhum/Tertanggung

Nama Pasien	:	_____
No Rekam Medis	:	_____
Tanggal lahir	:	_____
Alamat	:	_____
Jenis Kelamin	:	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita
Dirawat sejak tanggal	:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

### Penyebab Meninggal

- Keadaan yang menyebabkan meninggal :  Penyakit  Kecelakaan
- Tempat dan tanggal meninggal : \_\_\_\_\_
- Apakah Anda Dokter yang biasa merawat almarhum ?  Ya  Tidak Jika "Ya" sudah berapa lama ? \_\_\_\_\_
- Apakah Anda merawat almarhum/-ah selama penyakitnya yang terakhir ini ? Jika "Ya", apakah keluhannya ? \_\_\_\_\_
- Menurut pengakuan almarhum sejak kapan almarhum mulai menderita penyakit tersebut? \_\_\_\_\_
- Pada Tanggal berapakah Almarhum mengkonsultasikan penyakitnya untuk pertama kali (tgl/bln/thn)?    
  - Keluhan apa yang dirasakan saat itu? \_\_\_\_\_
  - Sebutkan pemeriksaan penunjang yang sudah dilakukan? \_\_\_\_\_
  - Apakah diagnosa yang ditegakkan pada pasien ini? \_\_\_\_\_
  - Riwayat Penyakit Sekarang (RPS) dan sejak kapan gejala tersebut timbul (tgl/bln/thn)?
  - Riwayat Penyakit Dahulu (RPD) dan sejak kapan didiagnosis (tgl/bln/thn)?
- Apakah Anda hadir pada meninggalnya ? Jika tidak, pada tanggal berapa Anda terakhir merawat almarhum ?  Ya  Tidak  
Jika anda hadir pada meninggalnya alm mohon penjelasan \_\_\_\_\_
  - Tempat Meninggal \_\_\_\_\_
  - Tanggal Meninggal (tgl/bln/thn)
  - Sebab meninggal \_\_\_\_\_
  - Penyakit yang mendasari dan sejak kapan diderita (tgl/bln/thn) \_\_\_\_\_
- Penyakit utama lain manakah yang diderita almarhum dan berapa lamanya ? \_\_\_\_\_
- Apakah ada pengaruh lain dari sebab – sebab kematian almarhum karena kebiasaan – kebiasaannya (menggunakan alkohol, obat bius, dsb) \_\_\_\_\_
- Berikan Keterangan tambahan lainnya yang Anda rasa ada hubungannya \_\_\_\_\_

### PERNYATAAN DOKTER

Saya dengan ini menyatakan bahwa semua jawaban di atas adalah benar dan lengkap menurut pengetahuan dan keyakinan Saya

Nama Dokter	:	_____
Alamat Dokter / RS	:	_____
Spesialisasi	:	_____
NoTelp / HP	:	_____

Tempat dan tanggal

Tanda Tangan Dokter

Cap Rumah Sakit

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_