asuransi simas jiwa

FORMULIR KLAIM MENINGGAL

- ✓ **Diisi oleh Pihak yang Mengajukan Klaim (Ahli Waris)**
- ✓ **Mohon mengisi dengan tinta hitam, huruf cetak, dan memberi tanda (√) pada kotak jawaban yang sesuai.**
- ✓ **Mohon tidak menandatangani formulir dalam keadaan kosong dan pastikan semua pertanyaan telah diisi.**

DATA PEMEGANG POLIS

1. Nama Pemegang Polis : _____
2. Nama Panggilan/Nama lain/alias : _____ Jenis Kelamin : ☐ Pria ☐ Wanita
3. No. Polis : _____
4. Almarhum/-ah sebagai * : ☐ Tertanggung ☐ Pembayar Premi Lainnya : _____
5. Tempat & Tanggal Lahir : _____, ___ / ___ / _____ (tgl/bln/thn)
6. Telah meninggal dunia pada : Hari _____, ___ / ___ / _____ (tgl/bln/thn)
7. Tempat Meninggal : ☐ Rumah Sakit ☐ Rumah Almarhum/-ah Lainnya : _____
8. Nama & Alamat tempat meninggal : _____
9. Sebab meninggal : ☐ Penyakit ☐ Kecelakaan Lainnya : _____
10. Alamat Tinggal : _____
11. Apakah semasa hidupnya Almarhum/-ah pernah menderita penyakit sebagai berikut:

No	Penyakit	Sejak Kapan (Tanggal/Bulan/Tahun)
1	Jantung	
2	TBC	
3	Diabetes Melitus	
4	Stroke	
5	Hipertensi	
6	Paru-paru	
7	Penyakit Hati	
8	Kanker/Tumor	
9	Ginjal	
10	Hepatitis	
11	Hiperlipidemi	
12	Penyakit Sistemik Lain	

DATA AHLI WARIS (DIISI OLEH AHLI WARIS)

12. Nama Ahli Waris : _____ Jenis Kelamin : ☐ Pria ☐ Wanita
13. Tempat & Tanggal Lahir & Usia : _____, ___ / ___ / _____ (tgl/bln/thn) Usia: _____ tahun
14. Nomor KTP/Identitas Lain : _____ Nomor Handphone* : _____
15. Hubungan dengan Alamarhum/-ah: _____ Alamat E-mail* : _____

DATA LAIN

16. Polis Perlindungan Penyakit Kritis di perusahaan asuransi lain yang dimiliki oleh Tertanggung
17. Nama Perusahaan Asuransi : _____ Tanggal Efektif Polis ___ / ___ / _____ (tgl/bln/thn)

asuransi simas jiwa

18. Riwayat Rawat Jalan di RS/Klinik : _____

19. Riwayat Rawat Inap di RS/Klinik : _____

20. Nama Dokter : _____

21. Nomor Rekam Medis : _____

22. Nomor BPJS/Jamkesda Tertanggung : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

DATA PEMBAYARAN KLAIM

Apabila klaim disetujui, pembayaran klaim akan ditransfer ke:

23. Nama : _____

24. Nomor Rekening : _____

25. Bank : _____ Cabang : _____

PERNYATAAN DATA DAN SURAT KUASA

Akibat hukum dan/atau kerugian yang timbul karena ditandatanganinya formulir ini dalam keadaan kosong atau belum terisi lengkap menjadi tanggung jawab saya.

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan–pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. Saya memberi kuasa yang tidak akan berakhir karena sebab-sebab yang tercantum dalam Pasal 1814 dan Pasal 1816 KUH Perdata kepada setiap Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Laboratorium, Institusi Medis manapun, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Lembaga, atau Perorangan yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung, untuk memberitahukan kepada PT Asuransi Simas Jiwa atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Tertanggung, Fotokopi dari Surat Kuasa ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

Ditandatangani di _____ , ____ / ____ / 20 ____

(Materai 6000)

Tanda Tangan & Nama Jelas
(sesuai dengan kartu identitas yang berlaku)

Pengajuan Klaim Meninggal harus disertai dengan dokumen-dokumen sebagai berikut :

- ☐ Formulir Klaim Meninggal - **Asli**
- ☐ Polis – **Asli**
- ☐ Surat Keterangan Dokter – **Asli**
- ☐ Identitas diri Ahli Waris yang masih berlaku – **Fotokopi**
- ☐ Identitas diri Pemegang Polis dan Tertanggung yang masih berlaku – **Fotokopi**
- ☐ Kartu Keluarga – **Fotokopi**
- ☐ Surat Keterangan Meninggal dari Kedutaan Besar Republik Indonesia (KBRI) jika meninggal diluar negeri – **Fotokopi**
- ☐ Surat Keterangan Kematian dari Kelurahan Setempat **- Fotokopi**
- ☐ Surat bukti pemakaman dari dinas pemakaman – **Fotokopi**
- ☐ Akte Kematian dari Instansi yang berwenang – **Fotokopi**
- ☐ Surat keterangan/berita acara Kepolisian (kecelakaan) – **Fotokopi**
- ☐ Surat *Visum et Repertum* – **Fotokopi**
- ☐ Dokumen lain yang dianggap perlu

asuransi simas jiwa

SURAT KETERANGAN DOKTER
UNTUK KLAIM MENINGGAL

Mohon diisi oleh Dokter yang merawat/mengobati
****Diisi salah satu berdasarkan penyebab meninggal**

DATA PASIEN/ALMARHUM/-AH (DIISI OLEH DOKTER)

1. Nama Almarhum/-ah : _____
2. No. Pasien/Rekam Medis/No. Kartu : _____
3. Tanggal Lahir/Usia : ____ (tanggal) / ____ (bulan) / _____ (tahun) / ___ tahun (usia)
4. Jenis Kelamin : ☐ Pria ☐ Wanita
5. Alamat Rumah (sesuai KTP/identitas lain) : _____
   _____ Kode Pos: _____

**PENYEBAB MENINGGAL

6. Keadaan yang menyebabkan meninggal : _____
   _____
7. Tempat Meninggal : _____
8. Tanggal & Jam Meninggal : __ : __ (jam) - ____ (tanggal) / ____ (bulan) / _____ (tahun)
9. Sebab utama meninggal : _____
   _____
10. Diagnosa Penyakit : _____
    _____
11. Penyebab diagnosa tersebut : _____
    _____
12. Sejak kapan mulai diderita penyakit tersebut : ____ (tanggal) / ____ (bulan) / _____ (tahun)

    Mohon ceritakan kronologis penyakit secara singkat:

    _____
    _____
    _____

**JIKA MENINGGAL KARENA KECELAKAAN

13. Tempat & tanggal kecelakaan : _____ (tempat)
    ____ (tanggal) / ____ (bulan) / _____ (tahun)
14. Apakah penyebab terjadinya kecelakaan disebabkan oleh pengaruh alcohol/narkotika/obat-obatan/lainnya?
    ☐ Ya ☐ Tidak, Jika "Ya", jelaskan : _____
15. Kronologis terjadinya kecelakaan :

    _____
    _____
    _____

16. Apakah penyebab meninggal disebabkan oleh pengaruh alkohol/narkotika/obat-obatan/lainnya?
    ☐ Ya ☐ Tidak

17. Jika “Ya”, mohon jelaskan:

_____

_____

18. Apakah Alamarhum/-ah menderita/memiliki riwayat penyakit yang berhubungan dengan **hipertensi, kencing manis, jantung, paru-paru, hati, kejiwaan, bawaan, Human Immunodeficiency Virus (HIV), dan lainnya?**

☐ Ya ☐ Tidak

19. Jika “Ya”, Diagnosa Penyakit : _____ Diderita sejak : _____

Nama Dokter : _____

Alamat Praktek : _____

20. Nama Dokter/Rumah Sakit/Puskesmas/Laboratorium yang pernah dikunjungi Alamarhum-ah selama hidup untuk memeriksa kesehatannya:

_____

21. Apakah Dokter pernah mendapatkan rujukan atau melakukan rujukan pada Almarhum/-ah?

☐ Ya ☐ Tidak

22. Jika “Ya”, mohon cantumkan informasi berikut:

Nama RS/Klinik : _____ Nama Dokter : _____

No. Telepon : _____

23. Apakah Dokter hadir pada waktu Pasien meninggal?

☐ Ya, keluhan & gejala gangguan kesehatan terakhir sebelum Pasien meninggal:

_____

Diagnosa gangguan kesehatan terakhir sebelum Pasien meninggal:

_____

☐ Tidak, Kapan Dokter terakhir merawat Pasien ini sebelum Pasien meninggal?

____ (tanggal) / ____ (bulan) / _____ (tahun)

DATA DOKTER

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

Nama Dokter/Spesialisasi : _____

Alamat Dokter/Rumah Sakit : _____

_____

Nomor Telepon/*Handphone* : _____

Ditandatangani di _____ , ____ / ____ / 20 ____

Nama Dokter	**Cap Rumah Sakit**
Tanda Tangan & Nama Jelas (sesuai dengan kartu identitas yang berlaku)	**Cap Harus Jelas**