

## **KUESIONER MENINGGAL**

(UNTUK DIISI OLEH PENERIMA MANFAAT)

A. ID	ΕN	ITITAS T	ERTANGGUNG				
No. Polis Nama Tertanggung Tanggal Lahir Usia Jenis Kelamin No. KTP/SIM/Passport No. Telepon Alamat							
B. RII	NC	CIAN					
1	L.	Tempa	t Kematian :				
			Rumah				
			Rumah Sakit, sebutkan Nama RS				
☐ Lainnya, jel			Lainnya, jelask	kan			
2	2. Tanggal Kematian: Tanggal (dd) bulan (mm) tahun (yy)						
3	3. Penyebab Kematian:						
				Sakit, sebutkan jenis penyakit			
			Kecelakaan, sebutkan jenis kecelakaan				
4	l.	Mohon	sebutkan nama	a Dokter yang menangani A	lmarhum/Almarhur	nah pada saa	at kematian?
Nama Dokter		kter	Nama Rumah Sakit	Alamat dan No. Te	elepon		



5.	Mohon sebutkan nama Dokter	yang menangani Almarhum/Almarhumah semasa hidu	?aı
٠.	Wielien sepatkan nama Bekter	, and menangam, annaman, annaman semasa mae	~ P ·

Nama Dokter	Nama Penyakit/Diagnosa	Nama Rumah Sakit, Alamat dan No. Telepon
	Nama Dokter	

O. <i>F</i>	Apakan pada Alman	iuiii/ Aiiiiaiiiuiiiaii	ullakukali autopsi (Fei	illeriksaari Jeriazari):	ivioriori jeraskari.

Tanggal Autopsi	Nama Dokter	Nama Rumah Sakit	Hasil Autopsi/Keterangan

7. Mohon sebutkan Jenis Pekerjaan dan Tempat Bekerja Almarhum/Almarhumah?

Jenis Pekerjaan	Nama Perusahaan	Alamat dan No. Telepon	

8. Apakah terdapat saksi pada saat kematian Tertanggung? Mohon sebutkan.

Nama Saksi	Hubungan dengan Almarhum/Almarhumah	Alamat dan No. Telepon



9. Jika penyebab kematian karena kecelakaan, monon sebutkan jenis kecelakaan yang terjadi:						
a. Jenis Kecelakaan:						
☐ Kecelakaan Lalu Lintas						
☐ Kecelakaan Kerja						
☐ Pembunuhan/Penganiayaan						
☐ Kecelakaan Lainnya, Mohon jelaskan						
b. Tempat Kecelakaan						
c. Tanggal Kecelakaan : Tanggal (dd) bulan (mm) tahun (yy)						
10. Apakah kejadian tersebut dilaporkan ke pihak Kepolisian?						
☐ Ya, mohon dilampirkan Surat Keterangan Kepolisian						
☐ Tidak, jelaskan						
11. Mohon jelaskan kronologis meninggalnya Almarhum/Almarhumah? (Gejala yang dialami, Pengobatan yang dilakukan, Kondisi kejadian, dll)						



## C. PERNYATAAN PENERIMA MANFAAT

Penerima Manfaat (selanjutnya disebut "Saya/Kami") menyatakan bahwa:

- 1. Semua keterangan di dalam kuesioner ini telah Saya/Kami berikan dengan jelas, benar dan jujur. Tidak ada keterangan maupun hal-hal lainya yang Saya/Kami sembunyikan yang dapat mempengaruhi Proses Klaim.
- 2. Akibat hukum dan/atau kerugian yang timbul karena ditandatanganinya kuesioner ini dalam keadaan kosong atau belum terisi lengkap menjadi tanggung jawab Saya/Kami.

(Tempat & Tanggal Pembuatan Kronologis)	
Materai Rp.6.000,-	
(Nama & Tanda Tangan Wakil Penerima Manfaat)	
Saksi – Saksi	
Nama: KTP No.:	Nama: KTP No.:
No. 100	
Nama: KTP No.:	Nama: KTP No.:

## Catatan:

Mohon Form ini di Isi dan di lengkapi oleh salah satu atau wakil Penerima Manfaat, jika Penerima Manfaat lebih dari satu orang.