asuransi simas jiwa syariah

# KUESIONER MENINGGAL

(UNTUK DIISI OLEH PENERIMA MANFAAT)

## A. IDENTITAS TERTANGGUNG

No. Polis : .....
Nama Tertanggung : .....
Tanggal Lahir : .....
Usia : .....
Jenis Kelamin : .....
No. KTP/SIM/Passport : .....
No. Telepon : .....
Alamat : .....

## B. RINCIAN

1. Tempat Kematian :

   ☐ Rumah

   ☐ Rumah Sakit, sebutkan Nama RS.....

   ☐ Lainnya, jelaskan.....

2. Tanggal Kematian : Tanggal (dd) bulan (mm ) tahun ( yy)

| | | |
|---|---|---|
| | | |

3. Penyebab Kematian :

   ☐ Sakit, sebutkan jenis penyakit.....
   .....
   .....

   ☐ Kecelakaan, sebutkan jenis kecelakaan.....
   .....
   .....

4. Mohon sebutkan nama Dokter yang menangani Almarhum/Almarhumah pada saat kematian?

| Nama Dokter | Nama Rumah Sakit | Alamat dan No. Telepon |
|---|---|---|
| | | |

5. Mohon sebutkan nama Dokter yang menangani Almarhum/Almarhumah semasa hidup?

| Tanggal Konsultasi | Nama Dokter | Nama Penyakit/Diagnosa | Nama Rumah Sakit, Alamat dan No. Telepon |
|---|---|---|---|
| | | | |

6. Apakah pada Almarhum/ Almarhumah dilakukan autopsi (Pemeriksaan Jenazah)? Mohon jelaskan.

| 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, mohon 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: | Nama: |
| KTP No.: | KTP No.: |
| _____ | _____ |
| Nama: | Nama: |
| KTP No.: | 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.