



FORMULIR PENGAJUAN KLAIM MENINGGAL DUNIA

Diisi oleh Termaslahat / Ahli Waris

Yang bertanda tangan dibawah ini	
Nama lengkap	: <input type="text"/>
Tempat, tanggal lahir	: _____, <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Alamat Lengkap	_____
	Rt/RW _____
Kelurahan	_____ Kota _____
Kode Pos	_____ Telepon _____
No KTP/SIM/Passport	_____
Hubungan dengan Tertanggung	<input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Istri <input type="checkbox"/> Suami <input type="checkbox"/> Lain-lain _____
Menerangkan dengan sebenarnya, bahwa	
Nomor Polis	<input type="text"/>
Nama Tertanggung	<input type="text"/>
Tempat, tanggal lahir	: _____, <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Telah meninggal dunia pada	Hari : _____ tgl / bln / tahun
Tempat meninggal dunia	<input type="checkbox"/> Rumah Sakit <input type="checkbox"/> Rumah <input type="checkbox"/> Lain-lain _____
Nama dan alamat tempat meninggal	_____
Sebab Meninggal	<input type="checkbox"/> Penyakit <input type="checkbox"/> Kecelakaan <input type="checkbox"/> Lainnya: _____
Berikan gambaran secara singkat dan jelas gejala / kejadiannya. Apabila kolom yang disediakan tidak mencukupi, tambahkan keterangan di lembar tersendiri (sebutkan nama Dokter yang pernah dikunjungi berkaitan dengan klaim ini)	

KETERANGAN LAIN-LAIN	
Apakah Tertanggung diasuransikan di perusahaan asuransi lain?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Nama Perusahaan Asuransi	: _____
No. Polis	_____ Tanggal Polis Efektif <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	tgl bln tahun
PERMINTAAN PEMBAYARAN MANFAAT MENINGGAL	
Apabila klaim disetujui, pembayaran klaim akan ditransfer ke :	
Nama	_____
No. Rekening	: _____
Bank	: _____ Cabang : _____
Alamat Bank	: _____
Catatan : Pembayaran Klaim Meninggal hanya akan dilakukan untuk Pengajuan Klaim yang disetujui sesuai dengan ketentuan polis	
PERNYATAAN DAN SURAT KUASA	
<i>Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan benar. Saya juga memahami bahwa jawaban dan keterangan tersebut di atas menjadi dasar Pertanggunggaan dan tidak terpisahkan dari Polis yang diminta. Dengan ini saya memberi kuasa kepada yang tidak akan berakhir karena sebab-sebab yang tercantum dalam pasal 1813 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 Jiwa Inhealth Indonesia atau mereka yang diberi kuasa olehnya segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Tertanggung baik selama Tertanggung hidup atau telah meninggal. Salinan dari Surat Kuasa ini sama kuat dan sah seperti aslinya.</i>	
Ditandatangani di, tanggal/bulan/tahun	_____ <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	_____ Tanda tangan Ahli waris/Yang ditunjuk

Data Pasien / Almarhum / -ah	
Nama Pasien Tanggal lahir, tgl, bln, thn / Usia Alamat Pasien No. Rekam Medis Tanggal Perawatan Tanggal Meninggal Dunia	_____ _____ / _____ / _____ / _____ tahun _____ _____ _____ / _____ / _____ s/d _____ / _____ / _____ _____ / _____ / _____ Jam : _____ : _____
Riwayat Perjalanan Penyakit	
Riwayat Penyakit Dahulu Penyakit yang pernah diderita sebelumnya (mohon dapat disebutkan <i>Diagnosa dan tanggal perawatannya</i>)	_____ _____ _____
Apakah Pasien ini memiliki riwayat penyakit yang berhubungan dengan :	<input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> Kelainan Jantung <input type="checkbox"/> Kelainan Paru <input type="checkbox"/> Diabetes Melitus (DM) <input type="checkbox"/> Kejiwaan <input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan <input type="checkbox"/> Lainnya : _____
Riwayat Penyakit Sekarang - Pertama kali pasien berkonsultasi : - Keluhan & gejala penyakit yang terakhir sebelum meninggal : - Penanganan, tindakan dan terapi yang diberikan : - Diagnosa Penyakit / luka / cedera :	_____ _____ _____ _____
Diagnosa diatas berhubungan dengan :	Kecelakaan <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Penyalahgunaan obat <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak HIV /AIDS <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Penyebab / dugaan sebab kematian : - Apakah penyebab utama kematian pasien : - Apakah penyebab kematian Pasien ini berhubungan dengan riwayat penyakit diatas?	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, (mohon penjelasannya) _____ _____ _____
PERNYATAAN DOKTER	
Dengan ini Saya, sebagai dokter yang menangani pasien tersebut diatas, menyatakan telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan benar	
Nama Dokter : _____	Spesialisasi : _____
Alamat Dokter / Rumah Sakit : _____	
Ditandatangani di, tanggal/bulan/tahun _____, <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
_____ Tanda tangan Dokter	_____ Cap Rumah Sakit

TANDA TERIMA KLAIM

Nama bertanggung :
 Tanggal terima klaim :
 Asal klaim / contact person :

No. Telp Keluarga

Klaim GTL

PERSYARATAN **PERSYARATAN**

Surat pengantar klaim dari BU ke Inhealth + info norek BU/ahli waris

Form pengajuan klaim GTL (form Inhealth)

Surat kematian (legalisir)

Kronologis rinci riwayat penyakit serta penyebab meninggal

Resume medis/SKD meninggal dunia (form Inhealth)/visum et repertum (bila kecelakaan)

Visum et repertum (bila kecelakaan)

Kartu/sertifikat tanda peserta asli *

Copy KTP peserta

Copy KTP ahli waris

Copy KK/buku nikah/surat ket. ahli waris

BAP Kepolisian (bila kecelakaan)

* boleh salah satu