

PENGAJUAN KLAIM MENINGGAL DUNIA

A. Diisi dan di tandatangi oleh ahliwaris Tertanggung atau yang ditunuuk sebagai penerima faedah Asuransi

1. Nama Tertanggung :
2. Yang mengajukan Klaim
Nama :
Alamat Lengkap :
.....
No. Telp / No. HP :
Hubungan dengan Tertanggung :
3. Tertanggung Meninggal Dunia tanggal :
Tempat Meninggal Dunia :
Sebab Meninggal Dunia :
Nama & Alamat Dokter / RS Lain yang
Pernah mengobati / merawat Tertanggung :
.....

B. Dokumen – dokumen yang diserahkan :

- 1) Surat pengajuan Klaim dari Pemegang Polis / Kreditur
- 2) Surat Keterangan Meninggal Dunia yang dikeluarkan oleh kelurahan / Instansi yang berwenang
- 3) Surat Keterangan sebab Meninggal Dunia yang dikeluarkan oleh dokter atau instansi kesehatan yang merawat dan memeriksa Debitur/Tertanggung dalam hal debitur / tertanggung meninggal dunia melalui pemeriksaan / perawatan dokter / rumah sakit sebelumnya, dilampiri dengan resume medis, hasil pemeriksaan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya.
- 4) Berita Acara Kecelakaan dari Polisi / Pejabat yang berwenang, jika tertanggung meninggal akibat Kecelakaan.
- 5) Kronologis Kematian dari ahli waris Debitur / Tertanggung diketahui ketua RT/RW setempat yang dibuat diatas meterai Rp. 6.000,- apabila tertanggung meninggal di rumah
- 6) Foto Copy Identitas diri dan Kartu Keluarga tertanggung dan Ahli Waris
- 7) Fotocopy Rekening Pinjaman atau yang bisa dipersamakan dengan itu.
- 8) Fotocopy Akad Kredit / Perjanjian Kredit
- 9) Surat Kuasa Pemaparan isi Rekam Medis dari Ahliwaris Tertanggung

Saya yang bertandatangan dibawah ini sebagai ahli waris yang Sah, dengan ini memberi ijin kepada pihak penyedia pelayanan kesehatan untuk menjelaskan semua informasi yang diperlukan kepada PT. Asuransi, yang Sah telah saya beri kuasa untuk mendapatkan semua rekaman medis atau informasi lain yang diperlukan dari peyedia pelayanan kesehatan atau pihak lain.

(.....)
Nama Ahliwaris Tertanggung

SURAT KUASA PEMAPARAN ISI REKAM MEDIS

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap Ahli waris :

Tempat, tanggal Lahir :

Alamat :

Sebagai (hubungan ahliwaris dengan tertanggung) :

Suami / Istri Orangtua Anak Lainnya :

Nama Pasien / Tertanggung :

Tempat, Tanggal Lahir :

Alamat :

Dengan ini saya memberi KUASA penuh kepada dokter yang merawat / Dokter yang mewakili, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Tenaga Medis Lainnya, setiap perusahaan Asuransi atau orang lain yang telah memeriksa, Merawat atau mengobati pasien tersebut diatas, untuk memberikan keterangan yang meliputi data medis yang diminta oleh PT. Asuransi mengenai segala hal yang diperlukan sehubungan dengan kesehatan (termasuk memberikan salinan / fotocopy dokumen terkait) dalam rangka memproses klaim Asuransi yang saya ajukan.

Demikian surat kuasa ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

.....20

Yang memberi Kuasa

Meterai 6.000

(.....)
Nama Jelas & Tanda tangan

c. Kondisi saat lepas Rawat Inap : _____
Present condition out hospitalization

5. Apabila pasien meninggal dunia
If the patient died

a. Tempat, Tanggal dan waktu meninggal _____
Place, date and time of death

b. Sebab meninggal dunia _____
Cause of death

c. Penyakit yang mendasari (sejak kapan menderita) _____
Underlying disease (since when suffer)

C. RIWAYAT PENYAKIT
DISEASE HISTORY

Apakah Diagnosa Akhir (pada B-3) itu
Is the Final Diagnosis (stated in B-3)

a. berhubungan dengan kehamilannya (jika pasien adalah wanita) ?
related of pregnancy (if the patient is female) ? Ya Yes Tidak No

b. merupakan suatu penyakit kronis atau episode berulang ?
a Chronic disease or a recurrent Episode ? Ya Yes Tidak No

Jika Ya, kapan pertama kali terjadi ? Tanggal, bulan, tahun
If Yes, when did it occur for the first time ? Day, month, year _____/_____/_____

c. merupakan SEKUNDER/KOMPLIKASI dari suatu penyakit lain?
a SECONDARY/COMPLICATION of another disease ? Ya Yes Tidak No

Jika Ya, apakah diagnosa penyakit primer tersebut ?
If Yes, Diagnosis of Primary Disease ? _____

Tanggal, bulan, tahun mulai diderita penyakit primer tersebut ?
Day, month, year it initially occurred ? _____/_____/_____

*Mohon lampirkan resume medis

D. LAIN – LAIN
OTHERS

RIWAYAT MEDIS YANG LALU
PREVIOUS MEDICAL HISTORY

1. Jika ia menderita Penyakit lainnya mohon sebutkan diagnosa penyakit
If the patient suffered from another disease, the Diagnosis was _____
Tanggal, bulan, tahun mulai diderita penyakit tersebut
Day, month, year it was initially suffered _____/_____/_____

2. Mohon data seluruh kunjungan pasien rawat jalan/ rawat inap untuk penyakit/ luka apapun
Please data all visits outpatient or inpatient patient for diseases or any wound

<u>Tanggal / bln / ntn</u> Day / month / year	<u>Diagnosa</u> Diagnosis	<u>Pengobatan / operasi yang dilakukan</u> Details of treatment / surgery	<u>Nama & alamat dokter / RS</u> Name & address of the doctor / hospital
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Dengan ini saya menyatakan bahwa Saya telah melakukan pemeriksaan/ perawatan medis pasien ini dan kelentuan ini adalah benar.
I hereby clarify that I have examined/ treated the patient and this statement is true.

Nama Dokter
Doctor's Name _____

Kualifikasi/ spesialisasi
Qualification/ specialization _____

Alamat Dokter
Doctor's Address _____

No. Telepon / HP
Phone/ HP number _____

Tanda Tangan Dokter
Doctor's signature _____

Cap Dokter/ Rumah Sakit
Doctor/ hospital stamp _____

Nama & alamat Rumah Sakit
Name & Address of the hospital _____

Tempat & tanggal diisi keterangan ini
Place & date this statement was written _____