

FORMULIR KLAIM MENINGGAL DUNIA (DEATH CLAIM FORM)

Formulir ini harus diisi dengan lengkap, benar dan jelas. Klaim hanya dapat diproses bila semua dokumen telah dilengkapi
(This Form should be filled in correctly, completely and clearly. Claim can only be processed subject to all supporting documents have been filled in, completed and attached).

Yang bertanda tangan dibawah ini (Diisi oleh Ahli Waris/Pemegang Polis/Penerima Manfaat) (The undersigned below to be completed by Heir/Policy Holder/ Beneficiary)

1. Nama Ahli Waris/Pemegang Polis/Penerima Manfaat : _____
(Name of Heir/Policy Holder/Beneficiary)
2. Tempat & Tanggal lahir (Place & Date of birth) : _____
3. Jenis Kelamin (Sex) : Pria (Male) Wanita (Female)
4. Alamat Lengkap (Full Address) : _____
5. No Telpon/HP/Fax/Email : _____
(Phone Number /Fax Number/Email)
6. Hubungan dengan Tertanggung/Peserta : _____
(Relationship with the Insured/Participant)

Menegaskan dengan sebenarnya, bahwa Almarhum (ah) dengan data sebagai berikut (Explain correctly that the deceased with the following data)

1. Nama Lengkap Almarhum (ah) (Full Name of Deceased) : _____
2. Nama Panggilan (Alias) (Nickname) : _____
3. Jenis Kelamin (Sex) : Pria (Male) Wanita (Female)
4. Nomor Polis atau Sertifikat (Policy or Certificate Number) : _____
5. Tempat & Tanggal lahir (Place & Date of birth) : _____
6. Alamat Lengkap (Full Address) : _____
7. Pekerjaan terakhir (Last Occupation) : _____
8. Tempat & tanggal meninggal (Place & Date of Death) : _____
9. Sebab meninggal (Cause of Death) : _____

Riwayat Kesehatan Tertanggung/Peserta /Almarhum (ah) (Medical History of the Insured /Participant/Deceased)

**3.1 Apakah semasa hidupnya Tertanggung/Peserta/almarhum pernah menderita sakit sebagai berikut serta sejak kapan terdiagnosa :
(Please mention wether the deceased had or was diagnosed with any of the following diseases and explain since when) :**

No.	Riwayat Penyakit (History of Disease)	Penyakit diderita sejak (tanggal/bulan/tahun) (when was the deceased diagnosed (dd / mm / yyyy))
1.	Jantung (Heart)	
2.	TBC (Tuberculosis)	
3.	Diabetes Melitus	
4.	Stroke	
5.	Hipertensi (Hypertension)	
6.	Penyakit Paru-paru (Lung Disease)	
7.	Penyakit Hati (Liver Disease)	
8.	Kanker/tumor (Cancer / tumor)	
9.	Ginjal (Kidney disease)	
10.	Hepatitis (liver disease)	
11.	Kolesterol (Cholesterol)	
12.	Penyakit Sistemik lain (Other Systemic Diseases)	

3.2 Adakah riwayat konsultasi/rawat jalan/rawat inap yang pernah dilakukan di rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya? Jika ya, mohon sebutkan nama dokter, nama RS/klinik, alamat, dan no telp RS/klinik (Was there any previous consultation/treatment/hospitalization in hospital or any other facilities? If yes, please mention the name of the doctor, hospital or clinic, also its address, and telephone number of the hospital /clinic)

- a. _____
- b. _____
- c. _____

3.3 Apakah Tertanggung mempunyai asuransi jiwa lainnya? (Did the Insured have other Insurance?)

No.	Nama Perusahaan Asuransi (Insurance name)	Nomor Polis (Policy number)	Tanggal Efektif Polis (Policy Effective Date) (dd/mm/yyyy)

Apabila klaim disetujui maka pembayaran ke Pemegang Polis atau ke Penerima Manfaat
(If the claim payment is approved the payment will be transferred to Policyholder and/or Beneficiary)

- | | | |
|---------------------------------|---|-------|
| 1. Nama lengkap (Full Name) | : | _____ |
| 2. Nama Bank (Bank Name) | : | _____ |
| 3. Cabang Bank (Bank Branch) | : | _____ |
| 4. No Rekening (Account Number) | : | _____ |

Catatan (note) : Harap melampirkan fotokopi buku tabungan (Please attach a copy of savings book)

Pengajuan klaim ini harus dilengkapi dengan Surat Keterangan Dokter dan Surat Kuasa Pemberian Rekam Medis
(Submission of this claim must be completed with a Filled Attending Physician's Statement and Power of Attorney to Provide Medical Records)

Diisi oleh pihak Bank/Pemegang Polis khusus untuk produk kumpulan/group
(To be filled in by the Bank / Policyholder specifically for group business)

- | | | |
|---|---|-------|
| Jenis Fasilitas Pembiayaan (Type of financing Facilities) | : | _____ |
| Pokok Pembiayaan (Principal amount of financing) | : | _____ |
| Tanggal Mulai Asuransi (Effective date of insurance) | : | _____ |
| Outstanding Pokok (Outstanding Amount) | : | _____ |

(Tandatangan Pejabat Bank/Pemegang Polis dan stempel Perusahaan), (Bank Officer / Policyholder Signature and Company stamp)

PERNYATAAN DAN KUASA / DECLARATION AND POWER ATTORNEY

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti, dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas dengan benar dan lengkap. Dengan ini saya/ahli waris dari atas nama Tertanggung diatas bersama ini memberikan kuasa kepada PT Hanwha Life Insurance Indonesia atau pihak yang diberi kuasa olehnya untuk memperoleh segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan /kehatan Almarhum dari Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Laboratorium, institusi medis manapun, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Instansi Pemerintah, Perorangan atau Organisasi lainnya, sebagaimana halnya Tertanggung telah memberi kuasa yang sama dalam Surat Permohonan Asuransi Jiwa.

(I certify that I have read, understood and answered the above questions correctly and completely. I, as heir of Insured above, hereby authorize PT Hanwha Life Insurance Indonesia or the party authorized by it to obtain all notes / information regarding himself and the health condition of the deceased from doctors, clinics, hospitals, health centers, laboratories, medical institutions, insurance companies, legal entities, Government Agencies, Individuals or other Organizations, or its attorney-in-fact, all records/information about the condition/health of the insured)

Ditandatangani di (Signed in) : _____

Tanggal (Date) : _____

Materai

Tanda tangan dan nama jelas Ahli Waris/Pemegang Polis/Penerima Manfaat
(Signature & Name of the Heir/Policy Holder/Beneficiary)

Surat Keterangan Dokter (Attending Physician's Statement)

Diisi oleh Dokter yang Merawat (To be Filled in completely by The Attending Physician)

Data Pasien/Almarhum (ah)/Tertanggung (Patient/Deceased/Insured Details)

1. Nama Pasien (Name of the Patient) : _____
2. No. Rekam medis (Medical Record Number) : _____
3. Tempat dan Tanggal Lahir (Place & Date of Birth) : _____
4. Alamat (Address) : _____
5. Jenis kelamin (Sex) : Pria (Male) Wanita (Female)
6. Dirawat sejak tanggal (Date of hospitalization) : s/d
(tgl/bln/thn) (dd/mm/yyyy) to (tgl/bln/thn) (dd/mm/yyyy)

Penyebab Utama Meninggal (Main Cause of Death)

1. Keadaan yang menyebabkan meninggal (Circumstances that cause death) Penyakit (Disease) Kecelakaan (Accident)
2. Tempat dan Tanggal Meninggal (Place and Date of Death) _____
3. Apakah Anda pernah merawat/memberikan konsultasi medis kepada Pasien sebelumnya? (Have you ever give medical advice or treat the patient before?)
 Ya (Yes) Tidak (No) Jika "Ya" sudah berapa lama? (If "Yes" how long has it been?) _____
4. Apakah Anda merawat almarhum selama penyakitnya yang terakhir ini? Jika 'Ya', apakah keluhannya? Did you treat the deceased for his last illness? If "Yes", what is the sign & symptom? _____
5. Menurut pengakuan almarhum sejak kapan almarhum mulai menderita penyakit tersebut? (According to the deceased's confession, since when did he/she diagnosed the disease?) _____
6. Pada Tanggal berapakah Almarhum mengkonsultasikan penyakitnya untuk pertama kali (tgl/bln/thn)? (Date of first consultation for this disease (dd/mm/yyyy))

 - a. Keluhan apa yang dirasakan saat itu? (What sign & symptom did he/she feel at that time?) _____
 - b. Sebutkan pemeriksaan penunjang yang sudah dilakukan? (Please mention the supporting examinations that have been carried out?) _____
 - c. Apakah diagnosa yang ditegakkan pada pasien ini? (What was the diagnosis for this patient?) _____
 - d. Riwayat Penyakit Sekarang (RPS) dan sejak kapan gejala tersebut timbul (tgl/bln/thn)? (Please describe current disease history and since when did he/she diagnosed the disease (dd/mm/yyyy)?)

 - e. Riwayat Penyakit Dahulu (RPD) dan sejak kapan didiagnosis (tgl/bln/thn)? (Please describe Past Medical History (RPD) and since when did he/she diagnosed the disease (dd/mm/yyyy)?)

7. Apakah Anda hadir pada meninggalnya? Jika tidak, pada tanggal berapa Anda terakhir merawat almarhum? (Were you present at the death? If not, when was the last time you treat the deceased?)
 Ya (Yes) Tidak (No) _____
Jika anda hadir pada meninggalnya almarhum mohon penjelasan (If you are present at the death of the deceased, please explain)
 - a. Tempat Meninggal (Place of Death) _____
 - b. Tanggal Meninggal (Date of Death) (tgl/bln/thn) (dd/mm/yyyy)
 - c. Penyebab Meninggal Dunia (Cause of Death) _____
 - d. Penyakit yang mendasari dan sejak kapan diderita (tgl/bln/thn) (Underlying disease and since when was the deceased diagnosed (dd/mm/yyyy))

8. Penyakit utama lain manakah yang diderita almarhum dan berapa lama? (What other major illness does the deceased diagnosed, and for how long?) _____
9. apakah ada hal lain yang mempengaruhi sebab kematian Almarhum(ah) yang berasal dari kebiasaan (narkotik, alkohol, dll)? (Is there any other things which affect the death of the deceased such as the deceased's habits (alcohol, narcotics, etc) _____
10. Adakah Informasi lain yang menurut Dokter perlu disampaikan mengenai keadaan kesehatan Almarhum(ah)? (Is there any other important information about the deceased? Please explain here) _____

Surat Keterangan Dokter (Attending Physician's Statement)

Diisi oleh Dokter yang Merawat (To be Filled in completely by The Attending Physician)

PERNYATAAN DOKTER (DOCTOR'S STATEMENT)

Saya, sebagai dokter yang merawat pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar sesuai pengetahuan yang saya miliki dan yakini (I, as a doctor who treat the patient, hereby declare that the foregoing answers are complete and correct to the best of my knowledge and belief)

Nama Dokter (Name of Doctor) : _____

Alamat Dokter / RS (Address of Doctor/Hospital) : _____

Spesialisasi (Specialist) : _____

NoTelp / HP (Phone Number) : _____

No. SIP Dokter (Doctor's SIP) : _____

Tempat dan tanggal
(Place and Date)

Tanda Tangan Dokter
(Signature of Doctor)

Cap Rumah Sakit
(Hospital Stamp)
