

FORMULIR KLAIM MENINGGAL DUNIA

Agar mempercepat proses klaim, harap semua pertanyaan di bawah dijawab dengan benar, lengkap dan jelas dan ditulis dengan menggunakan huruf kapital.

1. Yang bertanda tangan dibawah ini (Diisi oleh Penerima Manfaat/ yang mengajukan Klaim):

Nama Lengkap : _____
 Tempat dan Tanggal Lahir : _____
 Jenis Kelamin : Laki-Laki Perempuan
 Alamat : _____

 _____ Kode Pos :
 Telepon/HP/Faksimili/Email : _____

 Hubungan dengan Peserta : _____

2. Menerangkan dengan sebenarnya, bahwa Peserta (Almarhum/Almarhumah) dengan data sebagai berikut:

Nama Lengkap Almarhum/Almarhumah : _____
 Nama Panggilan/Alias : _____
 Jenis Kelamin : Laki-Laki Perempuan
 No Polis/Sertifikat : _____
 Tempat dan Tanggal Lahir : _____
 Alamat : _____
 _____ Kode Pos :
 Pekerjaan Terakhir : _____
 Tempat dan Tanggal Meninggal : _____
 Sebab Meninggal : _____

3. Riwayat Kesehatan Peserta (Almarhum/Almarhumah)

3.1 Apakah semasa hidupnya Peserta/Almarhum/Almarhumah pernah menderita sakit sebagai berikut :

No.	Riwayat Penyakit	Penyakit diderita sejak (tanggal/bulan/tahun)
1	Jantung	
2	TBC	
3	Diabetes Melitus	
4	Stroke	
5	Hipertensi	
6	Penyakit Paru-paru	
7	Penyakit Hati	
8	Kanker/tumor	
9	Ginjal	
10	Hepatitis	
11	Hiperlipidemi	
12	Penyakit Sistemik lain	

3.2 Apakah Peserta (Almarhum/Almarhumah) pernah berobat ke dokter?

Jika "ya", mohon sebutkan nama dokter, nama RS/klinik, alamat, dan no telp RS/klinik

- a. _____
 b. _____
 c. _____

3.3 Apakah Peserta memiliki polis lain :

- 3.3.1 Nama Perusahaan Asuransi : _____
 3.3.2 No. Polis : _____
 3.3.3 Tanggal Efektif Polis : _____

Apabila klaim disetujui maka pembayaran ke Penerima Manfaat

1. Nama Lengkap : _____
2. Nama Bank dan Cabang : _____
3. No Rekening : _____
4. Alamat Bank : _____

Pengajuan klaim ini harus dilengkapi dengan surat keterangan dokter dan surat kuasa pemberian rekam medis.

(Diisi oleh pihak Bank/Pemegang Polis khusus untuk produk kumpulan/group)

- Jenis Fasilitas : _____
- Pokok Pembiayaan : _____
- Tanggal Mulai Asuransi : _____
- Outstanding Pokok : _____

Pejabat Bank/Pemegang Polis

Tanda tangan dan stempel Perusahaan

Pernyataan Pemberian Kuasa

Dengan ini saya selaku Penerima Manfaat menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan memberikan keterangan diatas dengan sebenar-benarnya dan selengkap-lengkapnnya. Dengan ini pula saya selaku Penerima Manfaat memberi kuasa penuh kepada setiap Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Organisasi, Instansi pemerintah, Perorangan yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan dan kesehatan Peserta (Almarhum/Almarhumah) untuk memberitahukan kepada PT Capital Life Syariah atau pihak lain yang diberi kuasa olehnya untuk memperoleh segala keterangan mengenai diri dan kesehatan Peserta/Almarhum/Almarhumah.

Di tanda tangani di : _____ Tanggal : - -

Pihak Penerima Manfaat

Meterai Rp 10.000,-

Tanda Tangan dan Nama Jelas

SURAT KETERANGAN DOKTER

(Diisi oleh Dokter yang Merawat)

Data Pasien /Peserta (Almarhum/Almarhumah)

- Nama Pasien : _____
- Tanggal Lahir : _____
- Alamat : _____
- No Rekam Medis : _____
- Jenis Kelamin : Laki-Laki Perempuan
- Dirawat sejak tanggal : - - (tg/bln/thn)

Penyebab Meninggal Dunia

- 1 Keadaan yang menyebabkan meninggal : Penyakit Kecelakaan
- 2 Tempat dan tanggal meninggal : _____
- 3 Apakah Anda Dokter yang biasa merawat Almarhum/Almarhumah ? Ya Tidak
Jika "Ya" sudah berapa lama ? _____
- 4 Apakah Anda merawat Almarhum/Almarhumah selama penyakitnya yang terakhir ini ? Jika "Ya", apakah keluhannya

- 5 Menurut pengakuan Almarhum/Almarhumah, sejak kapan mulai menderita penyakit tersebut?

6 Pada tanggal berapakah Almarhum/Almarhumah mengkonsultasikan penyakitnya untuk pertama kali (tgl/bln/thn) ?

- a. Keluhan apa yang dirasakan saat itu ? _____
- b. Sebutkan pemeriksaan penunjang yang sudah dilakukan ? _____
- c. Apakah diagnosa pada pase ini ? _____
- d. Riwayat penyakit sekarang(RPS) dan sejak kapan gejala tersebut timbul (tgl/bln/thn) _____
- e. Riwayat penyakit dahulu (RPD) dan sejak kapan gejala tersebut timbul (tgl/bln/thn) _____

7 Apakah Anda hadir/ada pada saat Almarhum/Almarhumah meninggal dunia ? jika " Tidak " pada tanggal berapa anda terakhir merawatnya ? _____

Jika Anda hadir/ada pada saat Almarhum/Almarhumah meninggal dunia ,mohon penjelasannya :

- a. Tempat meninggal dunia _____
- b. Kapan meninggal dunia (tgl/bln/thn) _____
- c. Sebab meninggal dunia _____
- d. Penyakit yang mendasari dan sejak kapan diderita (tgl/bln/thn) _____

8 Penyakit utama lain yang diderita Almarhum/Almarhumah dan berapa lama ? _____

9 Apakah ada pengaruh lain dari sebab – sebab kematian Almarhum/Almarhumah karena kebiasaan-kebiasaannya menggunakan alcohol, obat bius, dsb ? _____

10 Berikan Keterangan tambahan lainnya yang anda rasa ada hubungannya _____

PERNYATAAN DOKTER

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut dengan lengkap dan benar.

Nama Dokter : _____

Alamat Dokter / RS : _____

Spesialis : _____

No Telp / HP : _____

Tempat dan tanggal : _____ - - - (tgl/bln/thn)

Tanda Tangan Dokter dan Cap Rumah Sakit