



FORMULIR KLAIM MENINGGAL

(Diisi oleh Keluarga)

DATA PASIEN

Yang bertanda tangan dibawah ini, menerangkan bahwa :

1. Nama Tertanggung Jenis Kelamin L P

Tempat/Tgl. Lahir Umur

Alamat

Nama Pemegang Polis
(Jika berbeda dg. Tertanggung)

No. Polis

2. Yang mengajukan Klaim
(Nama Lengkap)

Alamat

Hubungan dengan Tertanggung

3. Tempat Kejadian Perkara? *(tempat dimana Tertanggung ditemukan, Jam/tanggal/hari)*

.....

.....

Dilaporkan pada yang berwajib? *(jika "YA" tulis tanggal, tempat melapor)*

.....

.....

Tempat pertama kali Tertanggung di rawat? *(nama dan alamat Rumah Sakit)*

.....

.....

Sebab Kematian? *(menurut keterangan pihak keluarga)*

.....

.....

Jika Meninggal karena sakit, sebutkan

- Nama Penyakitnya/Gejala :

- Lama menderita :

4. Apakah pernah mendapat perawatan atau pengobatan untuk Penyakitnya yang terakhir?

.....

Jika "YA", sebutkan nama dan alamat Rumah Sakit/Dokter yang merawat.

.....

.....

5. Jika Tertanggung sudah dimakamkan, sebutkan tempat/tanggal penguburan?

.....

.....

6. Apakah Tertanggung mempunyai Polis pada asuransi lain?

.....

Jika "YA" sebutkan nama Perusahaan dan jumlah Uang Pertanggungannya.

.....

.....

Saya menyatakan bahwa Saya telah membaca dan menjawab pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan benar. Selanjutnya dengan ini Saya memberi kuasa kepada Dokter atau Rumah Sakit, Klinik, Perusahaan Asuransi atau Perusahaan/Badan/Lembaga atau Orang Lain yang mempunyai catatan atas Kesehatan Tertanggung untuk memberikan keterangan kepada PT Commenwealth Life atau wakil-wakilnya, setiap dan semua keterangan tentang Tertanggung berkenaan dengan kesehatan dan riwayat medis/kesehatan Tertanggung dan setiap perawatan Rumah Sakit, nasehat perawatan dan seluruh penyakit yang diderita. Salinan fotocopy dari Surat Kuasa ini dan kekuatannya sama dengan dokumen aslinya.

..... Tgl. Bulan Tahun

Meterai
Rp. 6.000,-

(Nama Jelas & Tanda tangan)