



**FORMULIR KLAIM MENINGGAL DUNIA
ASURANSI JIWA INDIVIDU**

A. PERSYARATAN DOKUMEN PENGAJUAN KLAIM

- Formulir Klaim Meninggal Dunia yang telah diisi dengan lengkap oleh Penerima Manfaat/Ahli Waris
- Polis Asuransi Asli
- Fotokopi KTP dari Tertanggung atau fotokopi Paspor (bagi Warga Negara Asing) yang masih berlaku
- Fotokopi Kartu Keluarga (KK) yang masih berlaku
- Fotokopi KTP Ahli Waris yang sah bagi WNI atau fotokopi Paspor (bagi WNA) yang masih berlaku
- Fotokopi Akta Kematian yang dilegalisir oleh Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil atau fotokopi Surat Keterangan Kematian yang dilegalisir oleh Kelurahan/Desa/Kecamatan dalam hal Tertanggung meninggal dunia di Rumah
- Fotokopi Surat Keterangan Kematian yang dilegalisir oleh Rumah Sakit, fotokopi Surat Keterangan Dokter (Diagnosis Penyebab Meninggal Dunia) yang dilegalisir dan fotokopi Ringkasan Rekam Medis.
- Fotokopi Surat Keterangan Penguburan/Pemakaman atau Surat Izin Penggunaan Tanah Makam (IPTM) atau fotokopi Surat Keterangan Pengabuan/Kremasi Jenazah yang dilegalisir oleh instansi yang berwenang
- Fotokopi Surat Keterangan/Laporan Polisi (LP) yang dilegalisir oleh Kepolisian dan fotokopi Surat Izin Mengemudi (SIM) Tertanggung dalam hal meninggal dunia karena Kecelakaan Lalu Lintas
- Fotokopi Surat Keterangan Kematian yang dilegalisir oleh Kedutaan Besar Republik Indonesia (KBRI) atau Konsulat Jenderal Republik Indonesia (KJRI) dalam hal Tertanggung meninggal dunia di Luar Negeri
- Fotokopi Surat Keterangan Pemeriksaan Jenazah (Visum et Repertum) yang dilegalisir dalam hal Tertanggung meninggal dunia akibat kecelakaan/meninggal dunia secara tidak wajar
- Fotokopi Surat Keterangan dari instansi yang berwenang bahwa Tertanggung dinyatakan meninggal dunia karena hilang dalam suatu musibah
- Dokumen pendukung lainnya atau keterangan yang diperlukan/ diminta oleh Penanggung.

Batas waktu pengajuan klaim dan kelengkapan dokumen klaim adalah 90 hari kalender sejak Tertanggung meninggal. Jika melewati waktu tersebut, maka PT Asuransi Jiwa Indosurya Sukses berhak untuk menolak pengajuan klaim tersebut.

B. DATA PEMEGANG POLIS

Pemegang Polis : _____ No Polis : _____
 Jenis Klaim : Meninggal dunia Lain - Lain _____

C. DATA YANG MENGAJUKAN KLAIM

Nama Lengkap : _____
 Tanggal Lahir : _____ Jenis Kelamin : Pria Wanita
 Alamat Lengkap : _____
 Hubungan Dengan Tertanggung : Suami Istri Anak Lainnya _____
 No Telepon : (_____) _____ No HP : _____
 Email : _____

D. DATA PENERIMA MANFAAT

Nama lengkap : _____
 No. KTP : _____ Tgl. Lahir : _____ Jenis Kelamin : Pria Wanita
 Hubungan Dengan Tertanggung : Suami Istri Anak Lainnya _____
 Alamat Lengkap : _____
 No. Telepon : (_____) _____ No Hp: _____
 Email : _____



Nomor Rekening Penerima Manfaat untuk Pembayaran Klaim (jika klaim disetujui)

Nama Pemilik Rekening : _____
Nomor Rekening : _____
Nama Bank : _____ Cabang : _____

E. DATA TERTANGGUNG YANG MENINGGAL DUNIA

Nama Tertanggung : _____ Tanggal Lahir : _____

Nomor Kartu BPJS Kesehatan : _____

Alamat Lengkap : _____

Pekerjaan Terakhir : _____ Tgl. Terakhir Bekerja _____

Nama Perusahaan : _____

Alamat Perusahaan : _____

No. Telp. (_____)

Penyebab Meninggal : Sakit. Nama Penyakit : _____

(lampirkan Surat Dokter/Resume Medis)

Kecelakaan Lalu Lintas Kecelakaan Kerja Pembunuhan/Penganiayaan

Bunuh Diri Lainnya _____

Tanggal Meninggal : _____ Jam _____

Tempat Meninggal : Rumah. Alamat : _____

Rumah Sakit (Nama RS : _____)

Lainnya. Sebutkan _____

Nama Saksi saat Meninggal : _____

Hubungan Saksi dengan Tertanggung : Suami Istri Anak Lainnya _____

Jenazah Tertanggung : dimakamkan di kremasi pada tanggal _____

Tempat Pemakaman/Kremasi : _____

Apakah Tertanggung diasuransikan di Perusahaan Asuransi lain ? Tidak Ya, Sebutkan :

• Nama Perusahaan Asuransi : _____

• Nomor Polis : _____

KETERANGAN MENGENAI KEJADIAN MENINGGAL DAN RIWAYAT PENYAKIT

1. Ceritakan kronologis kejadian meninggalnya Tertanggung (jika kolom tidak cukup, harap gunakan lembar terpisah)

2. Diagnosa Penyakit : _____

3. Tanggal pertama kali Tertanggung menderita penyakit tersebut _____

4. Kapan pertama kali Tertanggung diperiksa oleh Dokter untuk penyakit sebelum meninggal ? _____



5. Dokter yang pernah merawat Tertanggung :

Tgl Pemeriksaan	Nama Dokter	Nama Penyakit	Obat yang dibeli	Alamat Lengkap dan No. Telepon

6. Semasa hidupnya apakah Tertanggung pernah menderita penyakit di bawah ini ?

Penyakit/Kelainan	Sejak Kapan	Penyakit/Kelainan	Sejak Kapan
Jantung/Pembuluh Darah Jantung		Ginjal	
Paru-paru/TBC/Asma		Kelainan Darah/Leukemia/Anemia	
Kencing Manis		Syaraf	
Stroke /Pembuluh Darah Otak		Kanker/ Tumor	
Hipertensi/Darah Tinggi		AIDS/ Infeksi HIV	
Penyakit Hati /Hepatitis		Lainnya (sebutkan)	

ISI BAGIAN INI, JIKA TERTANGGUNG MENINGGAL KARENA KECELAKAAN

**Keterangan Mengenai Kejadian KECELAKAAN no. 1 s.d 9
(Jika ada artikel koran atau keterangan lainnya harap dilampirkan)**

1. Ceritakan kapan dan bagaimana kecelakaan tersebut terjadi ?

2. Tempat terjadinya kecelakaan (berikan keterangan yang rinci)

3. Pada kegiatan/acara apa kecelakaan itu terjadi ?

4. Apakah ada saksi yang melihat pada waktu kecelakaan terjadi ? Tidak Ya
Jika "YA", berikan nama dan alamat lengkap saksi tersebut.

5. Dalam hal **kecelakaan lalu lintas**.

a. Siapa pengemudi saat terjadi kecelakaan :

b. Apakah pengemudi memiliki Surat Izin Mengemudi yang masih berlaku ? Tidak Ya

c. Apakah ada penumpang lain saat terjadi kecelakaan ? Tidak Ya

Jika "YA", siapa ?



6. Saat terjadi kecelakaan, apakah Tertanggung sedang menderita suatu penyakit atau cedera ? Tidak Ya
Jika "YA", harap jelaskan secara rinci.

7. Sebelum terjadi kecelakaan, apakah Tertanggung meminum minuman jenis alkohol ? Tidak Ya

a. Apakah telah dilakukan tes alkohol dalam darah ? Tidak Ya. Hasil tes _____

b. Apakah Tertanggung berada dalam pengaruh obat-obatan ? Tidak Ya

Jika "YA", sebutkan obat apa, dosisnya _____

8. Apakah dilakukan autopsi (pemeriksaan mayat) ? Tidak Ya

Jika "YA", lampirkan fotokopi hasil autopsi

Autopsi dilakukan oleh siapa ? _____

9. Apakah ada penyelidikan polisi ? Tidak Ya

Jika "YA", kapan, dimana dan oleh siapa ? _____

PERNYATAAN PEMBERI KUASA DARI PENERIMA MANFAAT

1. Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan di dalam Formulir Klaim ini dengan benar, lengkap dan tidak ada informasi yang saya sembunyikan.

2. Saya memberi kuasa kepada setiap Dokter/ tenaga medis lainnya, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Laboratorium, Institusi Kesehatan lainnya, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Lembaga atau Perorangan yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung, untuk memberitahukan kepada PT Asuransi Jiwa Indosurya Sukses atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Tertanggung Fotokopi dari Surat Kuasa ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

Diisi dan ditandatangani di _____, tanggal _____

Tanda Tangan Pemegang Polis

Nama Lengkap: _____

Meterai Rp. 6.000,-

Tanda Tangan Penerima Manfaat

Nama Lengkap : _____

Hubungan dengan Tertanggung : _____



RESUME MEDIS / SURAT KETERANGAN DOKTER
(diisi oleh Dokter Yang Merawat)

Nama Pasien : _____	No. Rekam Medis : _____
Tanggal Lahir : _____	Ruang Perawatan : _____
Jenis kelamin : Laki Laki/Perempuan	
Alamat : _____	
	Tanggal Perawatan : _____ s.d _____

1. Anamnesa : (Keluhan dan gejala saat masuk perawatan)

2. Tanggal gejala / keluhan pertama kali diketahui oleh Pasien ?

3. Tanggal pertama kali konsultasi/berobat untuk gejala/keluhan tersebut :

4. Diagnosa Awal :

5. Pemeriksaan Penunjang yang dilakukan dan hasilnya : (lampirkan fotokopi hasil pemeriksaan)

6. Obat-obatan / tindakan / pembedahan yang dilakukan :

7. a. Diagnosa Utama Penyebab Meninggal :

b. Diagnosa Sekunder :

c. Apakah ditemukan adanya infeksi HIV/AIDS ? Ya Tidak



8. Diagnosa penyebab Meninggal berhubungan dengan : (pilih yang sesuai)

- Sakit Kecelakaan Obat Terlarang Minuman beralkohol Bunuh diri

Jika karena "kecelakaan", sebutkan jenis kecelakaannya :

- Kecelakaan Lalu Lintas Kecelakaan Kerja Pembunuhan/Penganiayaan
 Kecelakaan lainnya. Sebutkan _____

9. Tempat dan Jam Meninggal :

10. Nama Dokter yang pernah merawat/merujuk untuk perawatan sebelum perawatan terakhir saat meninggal

Tgl. Pemeriksaan	Nama Dokter	Diagnosa	Terapi	Alamat Lengkap dan No.Telepon

11. Apakah sebelum perawatan saat meninggal ini, Dokter sudah pernah memberi pengobatan/perawatan/memberi konsultasi medis kepada Pasien ? Tidak Ya. Jelaskan

Tgl. Pemeriksaan	Diagnosa	Terapi



12. Lain - Lain (Riwayat Medis yang lalu)

a) Jika pasien menderita penyakit lainnya mohon sebutkan diagnosa penyakit :

b) Mohon data kunjungan pasien rawat jalan / rawat inap untuk penyakit / luka apapun :

Tgl. Pemeriksaan	Nama Dokter	Diagnosa	Terapi	Alamat Lengkap dan No. Telepon

Saya, sebagai dokter yang merawat pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan- pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar sejauh pengetahuan yang saya miliki dan yakini.

Diisi dan ditandatangani di _____, Tanggal _____

Nama Dokter : _____

Spesialisasi : _____ No.SIP _____

Nama dan Alamat RS : _____

Tanda Tangan Dokter

Cap Rumah Sakit /Klinik