

FORM KLAIM SANTUNAN MENINGGAL DUNIA



DATA DIRI PESERTA / PASIEN

Nama Peserta :
 Jenis Kelamin :
 Tanggal Lahir :
 Nama Karyawan :
 Nama Perusahaan / Pemegang Polis :
 Nomor Polis :
 Nama Asuransi Lain (Jika ada) ☐ BPJS ☐ Asuransi Lain:
 Jenis Klaim ☐ meninggal karena penyakit ☐ meninggal karena kecelakaan
 Tempat meninggal / Rumah Sakit :
 Tanggal Meninggal :

BERIKAN KETERANGAN SEHUBUNGAN DENGAN PENYEBAB MENINGGAL DUNIA

Sejak kapan dan apa gejala klinis yang menyebabkan pasien menjalani perawatan ?

.....

Diagnosa Penyakit (sebutkan semua jika diagnosa lebih dari 1):

.....

Proses Otopsi ☐ YA ☐ TIDAK
 Tanggal Otopsi :
 Nama Saksi Saat Meninggal :
 Hubungan Saksi Dengan Tertanggung ☐ Suami ☐ Istri ☐ Anak ☐ Lainnya, mohon sebutkan,

INFORMASI TENTANG RIWAYAT PENYAKIT TERDAHULU

Kapan pertama kali pasien mengalami gejala klinis (symptom) sehubungan dengan diagnosa tersebut?

.....

Apakah Pasien Pernah mengalami rawat inap dengan diagnosa penyakit tersebut di atas oleh dokter / Rumah Sakit lain?

Jika "Ya" mohon sebutkan nama dokter, rumah sakit dan tanggal perawatannya.

.....

Apakah TS pernah merawat pasien di atas dengan diagnosa penyakit lain?

Jika "Ya" mohon sebutkan tanggal perawatannya, diagnosa dan nama Rumah Sakitnya.

.....

Apakah Keluhan Pasien / Diagnosa saat ini berhubungan dengan :

- | | |
|---|--|
| 1. Kongenital/ Herediter (YA / TIDAK) | 6. Penyakit Menular Sexual / HIV / AIDS (YA / TIDAK) |
| 2. Tujuan percobaan bunuh Diri (YA / TIDAK) | 7. Percobaan melanggar hukum/kriminalitas/kerusuhan (YA/TIDAK) |
| 3. Penggunaan Obat-obatan tertentu | 8. Tindik / Tatoo / Hepatitis B (YA / TIDAK) |
| * Psikotropika (YA / TIDAK) | 9. Penyakit gangguan Jiwa / Mental (YA / TIDAK) |
| * Alkohol / Narkotika (YA / TIDAK) | 10. Aktifitas/Olah Raga Berbahaya (YA / TIDAK) |
| 4. Wabah (YA / TIDAK) | 11. Radiasi Ionisasi / Radioaktif / Nuklir (YA / TIDAK) |
| 5. Penerbangan non komersil (YA / TIDAK) | * Mohon lingkari salah satu jawaban dan mohon penjelasan |

LAPORAN KEPOLISIAN JIKA PENYEBAB MENINGGAL DUNIA KECELAKAAN

Apakah kecelakaan ini dilaporkan kepada yang berwajib? ☐ YA ☐ TIDAK
 Nomor Kasus :
 Nama dan lokasi kantor polisi :
 Kronologis kecelakaan :

Dengan ini saya menyatakan bahwa keterangan tersebut telah saya berikan secara lengkap dan benar

Tanda Tangan Penerima Manfaat / Pengaju Klaim

Cap/Stempel Dokter / Rumah Sakit / Klinik