



FORMULIR KLAIM MENINGGAL DUNIA

Nomor Polis: _____

1. DATA YANG MENGAJUKAN KLAIM

Nama Lengkap : _____
 Kartu Identitas : KTP SIM Paspor Lainnya, _____
 No. Kartu Identitas : _____
 Alamat : _____
 Kota : _____ Kode Pos _____ Negara: _____
 Telepon : Rumah/ Kantor _____ Handphone _____
 Email : _____
 Hubungan dengan Tertanggung : _____

2. DATA TERTANGGUNG

Nama Tertanggung : _____
 Kartu Identitas : KTP SIM Paspor Lainnya _____
 No. Kartu Identitas : _____

3. PENYEBAB MENINGGAL DUNIA

Tanggal Meninggal Dunia : _____ Jam: :
 Tempat Meninggal Dunia : _____
 Sebab Meninggal Dunia : Penyakit Kecelakaan
 Kronologis Kejadian Sampai Meninggal Dunia : _____
 Informasi Dokter atau Rumah Sakit Langganan :

Nama Dokter	Alamat Dokter	Tanggal	Penyakit yang diderita

 Apakah Tertanggung diasuransikan di perusahaan asuransi lain? : Tidak Ya, jika ya sebutkan:

Nama Perusahaan	Nomor Polis	Uang Pertanggungan

4. INFORMASI REKENING BANK PENERIMA PEMBAYARAN KLAIM

Nama Pemilik Rekening : _____ No.Rekening : _____
 Nama Bank : _____ Cabang Bank : _____
 Pembayaran harus ditujukan kepada Pemegang Polis dan/atau Ahli Waris. Jika tidak, mohon agar Pemegang Polis dan/atau yang ditunjuk/Penerima Manfaat membuat surat kuasa kepada Bank yang diberi kuasa untuk menerima manfaat dengan menjelaskan alasannya.

5. PERSYARATAN DOKUMEN

Asli Surat Keterangan Dokter yang telah diisi lengkap dan ditandatangani Terlampir
 Asli Kartu Peserta dan Kartu Peserta Tanggungan jika ada Terlampir
 Fotokopi Kartu Identitas dari "Yang Ditunjuk/Penerima Manfaat" untuk menerima Manfaat Terlampir
 Asli Surat keterangan dari kepolisian (Untuk meninggal dunia karena Kecelakaan/Sebab Tidak Wajar) Terlampir
 Asli Surat kuasa pengajuan klaim beserta identitas yang mengajukan klaim (bila diajukan oleh selain ahli waris) Terlampir
 Asli Bukti Pendukung (bila diperlukan) pilih salah satu
 ➤ Saudara Kandung: Akta lahir saudara kandung dan akta lahir tertanggung Terlampir
 ➤ Orang Tua: Akta kelahiran tertanggung Terlampir
 ➤ Anak: Akta Kelahiran Terlampir

6. PERNYATAAN DAN KUASA

Saya sebagai Pemegang Polis dan/atau Ahli Waris menyatakan setuju bahwa: Saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan pada formulir klaim ini dengan lengkap dan benar. Oleh karenanya, Saya dengan ini memberi kuasa yang tidak dapat ditarik kembali kepada Mega Insurance dengan hak substitusi untuk:

a. Memperoleh dan melakukan verifikasi terhadap data/informasi mengenai diri, keadaan dan kesehatan atas diri saya/kami dari Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Bank, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Instansi Pemerintah, Perorangan atau Organisasi Lainnya dan bertanggung jawab atas segala isinya.

b. Menggunakan, mengungkapkan, menyediakan data/informasi mengenai saya yang diperoleh dan dikumpulkan oleh Mega Insurance atau aliasnya kepada pihak yang berkepentingan (termasuk namun tidak terbatas pada pihak reasuransi, penyidik klaim, bank/lembaga keuangan, asosiasi industri dan badan hukum lain, baik di dalam maupun di luar negeri) baik yang memiliki kerja sama atau tidak dengan Mega Insurance atau aliasnya untuk tujuan pembayaran klaim dan/atau melakukan proses lainnya yang terkait dengan Polis saya maupun untuk penawaran produk asuransi atau produk keuangan lain, untuk tujuan pencegahan anti pencucian uang, suap dan anti-teroris atau terkait dengan sanksi ekonomi, yang berkaitan dengan proses pidana/perdata atau proses arbitrase, investigasi, audit atau pemeriksaan (termasuk penyelidikan internal, audit atau pemeriksaan) yang Mega Insurance, aliasi, karyawan atau agen dikenakan atau untuk tujuan lain sebagaimana yang diperkenankan oleh pedoman Mega Insurance dan kode etik Mega Insurance, hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

c. Fotokopi dari pernyataan ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

Ditandatangani di: _____

Tanggal : _____

Tanda Tangan _____

Nama Jelas _____



SURAT KETERANGAN DOKTER KLAIM MENINGGAL DUNIA

1. DATA PASIEN

Nama Pasien : _____ No. Rekam Medis : _____
 Tanggal Lahir : _____ Jenis Kelamin : Pria Wanita
 Alamat Pasien : _____ Tanggal : dd / mm / yyyy
 Perawatan : _____
 Anamnesa/Riwayat Penyakit : _____

2. PENYEBAB MENINGGAL

- a. Keadaan yang menyebabkan meninggal Dunia : Penyakit Kecelakaan Bunuh Diri Obat Terlarang
 Lainnya: _____
- b. Diagnosa penyakit/kronologis Kecelakaan : _____
- c. Tempat Tinggal : _____
- d. Tanggal dan Jam Meninggal : dd / mm / yyyy, □□:□□
- e. Apakah Anda hadir pada waktu meninggalnya? : Ya Tidak
- f. Jika Ya, keluhan & gejala gangguan kesehatan terakhir sebelum Pasien meninggal? : _____
- g. Jika Tidak, kapan terakhir merawat Pasien sebelum meninggal? : dd / mm / yyyy

3. RIWAYAT PENYAKIT

- a. Tanggal gejala pertama kali diketahui : dd / mm / yyyy
- b. Tanggal pertama kali konsultasi : dd / mm / yyyy
- c. Diagnosa gangguan kesehatan : _____
- d. Jenis serta hasil pemeriksaan lab, rontgen, CT Scan, hasil PA dll : _____
- e. Apakah Pasien menderita riwayat penyakit yang berhubungan dengan hipertensi, Jantung, Paru-Paru, Kejiwaan Bawaan, Narkotika, HIV dan lainnya? : Ya Tidak
 Diagnosa _____
 Diderita sejak: dd / mm / yyyy
- f. Apakah penyebab kematian Pasien berhubungan dengan riwayat penyakit diatas? : Ya Tidak
 Jika Ya, Alasan _____
- g. Nama dan alamat Dokter yang merawat/merujuk untuk penyakit terakhirnya? :

Nama Dokter	Alamat	Tanggal Pemeriksaan
- h. Apakah Anda pernah merawat/memberikan konsultasi medis kepada Pasien sebelumnya? : Ya Tidak
 Jika Ya, Tanggal Perawatan: dd / mm / yyyy
 Diagnosa: _____
- i. Penyakit lain yang pernah diderita Pasien : _____

4. PENYATAAN

Saya, sebagai dokter yang merawat Pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan di atas dengan lengkap dan benar.

Nama Dokter : _____
 Nama Rumah Sakit : _____
 Alamat Rumah sakit : _____
 Ditandatangani di: _____ Tanggal: dd / mm / yyyy

DOKTER

CAP RUMAH SAKIT/KLINIK

Tanda Tangan dan No. SIP Dokter