CHUBB

Formulir Klaim Meninggal (Diisi oleh Dokter)

Isilah pertanyaan-pertanyaan di bawah ini dengan lengkap dan benar. Diperbolehkan menggunakan lembaran kertas lain apabila lembaran ini tidak cukup. Wajib diisi oleh dokter.

Mohon diperhatikan bahwa apabila fakta yang dituliskan tidak lengkap dan benar, maka pertanggungan asuransi ini dapat dinyatakan batal.

Dokter yang merawat : ☐ dr. Umum ☐ dr. Spesialis

Alamat :

Menerangkan Bahwa

Nama Pasien Meninggal : * No. PPAJ/Polis :

Jenis Kelamin : * Tgl Lahir :

Alamat :

Hubungan dgn Pemegang Polis : ☐ Sendiri ☐ Suami/Istri ☐ Anak

Tempat & Tanggal Kematian :

No.	Pertanyaan	Penjelasan
1.	Apakah almarhum sebelum meninggal dirawat? Jika Ya berapa lama/sejak kapan? Jika jawaban tidak, berikan keterangan nama dokter/Rumah sakit/Klinik 3 bulan terakhir yang dikunjungi oleh almarhum	
2.	Sebab Utama Meninggal : - Jika karena Kecelakaan, jelaskan secara terperinci bila ada kelainan yang ditemukan - Jika karena penyakit, jelaskan penyakit tersebut dan komplikasi apa saja yang ditemukan	
3.	Riwayat Sakit : - Kapan almarhum pertama kali berobat (tanggal/ bulan/ tahun/nama dokter/nama rumah sakit atau klinik) - Pengobatan dilakukan secara : a. Teratur b. Tidak Teratur	
4.	a. Kapan tanggal pertama kali TS menangani almarhum? b. Bagaimana perkembangan penyakit selama dirawat sampai almarhum meninggal?	
5.	Apakah almarhum menderita penyakit lainnya selama dalam perawatan? Dan apakah melakukan pemeriksaan penunjang? Bagaimana hasilnya?	
6.	Terapi apa saja yang telah diberikan kepada almarhum (sebutkan nama obat dll.)	

Demikian keterangan dalam Formulir Klaim Meninggal ini saya berikan sesuai dengan keadaan sebenarnya.
Note: Jawaban TS harap disampaikan secara rahasia dengan menggunakan sampul tertutup, dan dialamatkan kepada PT Chubb Life Insurance Indonesia.

Ditandatangani di | Jam pemeriksa :

Nama, Tanda tangan & Stempel Dokter/RS yang merawat

Nama