



KUESIONER KLAIM – MENINGGAL

UNTUK DIISI OLEH PENERIMA MANFAAT

A. IDENTITAS TERTANGGUNG

No. Polis : _____

Nama Tertanggung : _____

Tanggal Lahir : _____

Usia : _____

Jenis Kelamin : _____

No. KTP/ /Passport : _____

No. Telepon : _____

Alamat : _____

No. SIM (jika kecelakaan) : _____

B. RINCIAN

1. Tempat Kematian:

- ☐ Rumah
- ☐ Rumah Sakit, sebutkan Nama RS.....
- ☐ Lainnya, jelaskan.....

2. Tanggal Kematian: tanggal (dd) bulan (mm) tahun (yy)

--	--	--

3. Penyebab Kematian:

- ☐ Sakit, sebutkan jenis penyakit
-
-
- ☐ Kecelakaan, sebutkan jenis kecelakaan
-
-

4. Mohon sebutkan nama Dokter yang menangani Almarhum/Almarhumah pada saat kematian?

Nama Dokter	Nama Rumah Sakit	Alamat dan No. Telepon

5. Mohon sebutkan nama Dokter yang menangani Almarhum/Almarhumah semasa hidup (seluruh riwayat pengobatan)?

Tanggal Konsultasi	Nama Dokter	Nama Penyakit/Diagnosa	Nama Rumah Sakit, Alamat dan No. Telepon

6. Apakah pada Almarhum/Almarhumah dilakukan autopsi luar dan/atau dalam (Pemeriksaan Jenazah)? Mohon jelaskan.

Tanggal Autopsi	Nama Dokter	Nama Rumah Sakit	Hasil Autopsi/Keterangan

7. Mohon sebutkan Jenis Pekerjaan dan Tempat Bekerja Almarhum/Almarhumah?

Jenis Pekerjaan	Nama Perusahaan	Alamat dan No. Telepon

8. Apakah terdapat saksi pada saat kematian Tertanggung? Mohon sebutkan.

Nama Saksi	Hubungan dengan Almarhum/Almarhumah	Alamat dan No. Telepon

9. Jika penyebab kematian karena kecelakaan, mohon sebutkan jenis kecelakaan yang terjadi:

a. Jenis Kecelakaan:

- ☐ Kecelakaan Lalu Lintas
☐ Kecelakaan Kerja (mohon lampirkan surat kronologis kecelakaan dari tempat bekerja)
☐ Pembunuhan/Penganiayaan
☐ Kecelakaan Lainnya, Mohon jelaskan.....

b. Tempat Kecelakaan

c. Tanggal Kecelakaan: tanggal (dd) bulan (mm) tahun (yy)

--	--	--

10. Apakah kejadian tersebut dilaporkan ke pihak Kepolisian?

- ☐ Ya, mohon dilampirkan Surat Keterangan Kepolisian.....
☐ Tidak, jelaskan.....

11. Mohon jelaskan kronologis meninggalnya Almarhum/Almarhumah? (Gejala yang dialami, Pengobatan yang dilakukan, Kondisi kejadian, dll)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pernyataan Penerima Manfaat dan/atau wakil Penerima Manfaat:

Dengan ini Penerima Manfaat dan/atau wakil Penerima Manfaat (untuk selanjutnya disebut “Saya/Kami”) menyatakan telah memberikan informasi, jawaban dan keterangan dalam Kuesioner ini secara lengkap, jujur, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada informasi lainnya yang Saya/Kami sembunyikan, baik dengan sengaja maupun tidak sengaja, yang dapat memengaruhi pengajuan klaim Manfaat Asuransi Saya/Kami. Apabila dikemudian hari ditemukan fakta bahwa pengisian data dan informasi sebagaimana disebutkan di atas tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat suatu informasi lainnya yang disembunyikan, maka hal tersebut dapat menyebabkan penolakan setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan, pembatalan atau pengakhiran Polis, keputusan *underwriting* (penilaian risiko) yang berbeda, dan/atau penagihan kekurangan Premi sebagaimana diatur dalam ketentuan Polis.

Ketahui istilah medis yang ada pada form kuesioner ini, dapat diakses pada <https://www.prudential.co.id/id/claims->

.....
(Tempat & Tanggal Pembuatan Kronologis)

.....
(Nama & Tanda Tangan Wakil Penerima Manfaat)

Saksi – Saksi

Nama:
KTP No.:

Nama:
KTP No.:

Nama:
KTP No.:

Nama:
KTP No.:

Catatan:
Mohon Formulir ini **diisi** dan **dilengkapi** oleh salah satu wakil Penerima Manfaat jika Penerima Manfaat lebih dari satu orang.