



KUESIONER MENINGGAL

UNTUK DIISI OLEH PENERIMA MANFAAT

A. IDENTITAS TERTANGGUNG

No. Polis :

Nama Tertanggung :

Tanggal Lahir :

Usia :

Jenis Kelamin :

No. KTP/SIM/Passport :

No. Telepon :

Alamat :

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?

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

6. Apakah pada Almarhum/ Almarhumah dilakukan autopsi (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
- 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

Penerima Manfaat (selanjutnya disebut “Saya/Kami”) menyatakan bahwa:

1. Semua keterangan di dalam kuesioner ini telah Saya/Kami berikan dengan jelas, benar dan jujur. Tidak ada keterangan maupun hal-hal lainnya yang Saya/Kami sembunyikan yang dapat mempengaruhi Proses Klaim
2. Akibat hukum dan/atau kerugian yang timbul karena ditandatanganinya kuesioner ini dalam keadaan kosong atau belum terisi lengkap menjadi tanggung jawab Saya/Kami

.....
 (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 Form ini di Isi dan di lengkapi oleh salah satu atau wakil Penerima Manfaat, jika Penerima Manfaat lebih dari satu orang