

DATA PEMEGANG POLIS ATAU PENERIMA MANFAAT

Yang bertanda tangan di bawah ini (Diisi oleh Pemegang Polis atau Penerima Manfaat)

Nama Lengkap :
 Tanggal lahir : / / (tgl/bln/thn) Umur : tahun
 Jenis Kelamin : Pria Wanita
 Alamat :
 RT / RW Kelurahan Kecamatan
 Kota Kode Pos
 Nomor Telepon/HP : Faksimili : Email :
 Hubungan dengan Tertanggung :(suami/istri, anak, orang tua)

DATA TERTANGGUNG

Menerangkan dengan sebenarnya, bahwa Tertanggung dengan data sebagai berikut :

Nama Lengkap :
 Jenis Kelamin : Pria Wanita
 Nomor Polis : Nomor BPJS :
 Tempat dan Tanggal lahir : / / (tgl/bln/thn)
 Alamat :
 RT / RW Kelurahan Kecamatan
 Kota Kode Pos
 Pekerjaan Terakhir :
 Tempat dan Tanggal meninggal : / / 20 Umur : tahun
 Sebab meninggal : Penyakit Kecelakaan

RIWAYAT KESEHATAN TERTANGGUNG

A. Apakah semasa hidupnya Tertanggung pernah menderita sakit sebagai berikut :

No	Riwayat Penyakit	Ya	Tidak	Penyakit di derita sejak (tgl/bln/thn)
1	Jantung			___/___/___
2	TBC			___/___/___
3	Diabetes Melitus			___/___/___
4	Stroke			___/___/___
5	Hipertensi			___/___/___
6	Penyakit Paru-paru			___/___/___
7	Penyakit HATI			___/___/___
8	Kanker/ tumor			___/___/___
9	Ginjal			___/___/___
10	Hepatitis			___/___/___
11	Hiperlipidemi			___/___/___
12	Getah Bening			___/___/___

B. Apakah Tertanggung pernah berobat ke dokter ? Ya Tidak

Jika "YA", mohon disebutkan dengan mengisi tabel dibawah ini :

Nama Dokter	Nama RS/Klinik/Puskesmas	Alamat	No. Telp/HP
1			
2			
3			
4			

C. Apakah tertanggung memiliki polis lain ? Ya Tidak, Jika YA mohon disebutkan :

1 Nama Perusahaan Asuransi : PT
 2 No. Polis :
 3 Tanggal Efektif Polis :

DATA REKENING

Apabila klaim di setuju maka pembayaran ke yang Di tunjuk

1 Nama Lengkap :
 2 Nama Bank : Cabang :
 3 No Rekening :
 4 Alamat Bank :

PERNYATAAN KUASA

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti, dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan benar. Dengan ini saya ahli waris dari atas nama Tertanggung tersebut di atas memberikan kuasa kepada PT. Heksa Solution Insurance atau pihak yang di beri kuasa olehnya untuk memperoleh segala catatan/ keterangan mengenai diri dan keadaan kesehatan Tertanggung dari Dokter, Klinik/Rumah Sakit/Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Instansi Pemerintah, Perorangan atau Organisasi lainnya.

Ditanda tangani di : Tanggal ___ / ___ /20___

Materai 6000

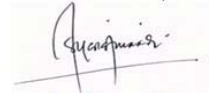
Tanda tangan dan Nama Jelas Pihak Penerima Manfaat

Tanda tangan dan Nama Jelas Pihak Pemegang Polis

Teman sejawat (TS) yang terhormat,

Untuk keperluan kelengkapan klaim asuransi yang diajukan ke PT. Heksa Solution Insurance, mohon bantuan TS dapat mengisi pertanyaan-pertanyaan yang kami sertakan dibawah ini. Selanjutnya mohon dapat disampaikan kepada kami melalui ahli waris yang bersangkutan. Terima kasih atas kerjasamanya.

Hormat kami,



dr. Ali Syarief
Medical Advisor

DATA TERTANGGUNG

Nama Tertanggung (Pasien) :
 No. Rekam Medis :
 Tanggal Lahir : ____/____/____ (tgl/bln/thn) Usia : Tahun
 Jenis Kelamin : Pria Wanita _____

PENYEBAB MENINGGAL

- 1 Keadaan yang menyebabkan meninggal : Penyakit Kecelakaan
- 2 Tempat meninggal : Rumah Sakit/Puskesmas Rumah Tinggal Lain-lain :
- 3 Tanggal meninggal (tgl/bln/thn) : [][] / [][] / [][][][]
- 4 Mulai dirawat sejak (tgl/bln/thn) : [][] / [][] / [][][][]
- 5 Apakah TS adalah Dokter yang biasa merawat tertanggung ? Ya Tidak, Jika "Ya" sejak kapan :
- 6 Apakah TS yang merawat tertanggung selama penyakitnya yang terakhir ini ? Ya Tidak
 - a. Jika "Ya", apakah keluhan yang dirasakan ?
 - b. Sejak kapan tertanggung mengalami keluhan/gejala tersebut ?
 - c. Diagnosa apa yang di tegakkan ?
 - d. Sebutkan pemeriksaan penunjang yang sudah di lakukan ?
- 7 Sebutkan riwayat penyakit tertanggung sebelumnya ?
 - a. Sejak kapan tertanggung mengkonsultasikan penyakitnya untuk pertama kali ?(tgl/bln/thn) [][] / [][] / [][][][]
 - b. Pemeriksaan penunjang yang pernah di lakukan ?
- 8 Adakah penyebab lain dari meninggalnya tertanggung karena kebiasaan-kebiasaannya (menggunakan alkohol, obat bius, dsb) ?
 Ada Tidak Sebutkan
- 9 Berikan Keterangan tambahan lain yang menurut TS ada hubungan dengan meninggalnya tertanggung

- 10 Apakah dilakukan otopsi ? Ya Tidak, Jika "Ya" hasil yang didapat :

PERNYATAAN DOKTER

Dengan ini saya menyatakan bahwa semua jawaban diatas adalah benar dan lengkap menurut pengetahuan dan keyakinan Saya

Nama Dokter :
 Alamat Dokter/ RS :
 Spesialisasi :
 No.Telp / Hp :

Ditanda tangini di : _____ Tanggal ____/____/20____

 Tanda Tangan Dokter & Cap Stempel RS