

## FORMULIR KLAIM KEMATIAN – MYPA PLUS DEATH CLAIM FORM – MYPA PLUS

- Semua pertanyaan pada Formulir Klaim & Surat Keterangan Dokter harus diisi dengan benar, lengkap dan jelas tanpa pembebanan kepada PT Asuransi Artarindo dan/atau PT Asuransi Jiwa Reliance. / All questions in this claim form & Attending Physician's Statement should be answered correctly, completely & clearly, without any charge to PT Asuransi Artarindo and/or PT Asuransi Jiwa Reliance.
- Dokumen & Hasil-hasil pemeriksaan penunjang, wajib dilampirkan./ Documents & Supporting examinations/tests, should be attached.
- Berkas yang diajukan harus dokumen asli / legalisir oleh pihak berwenang / Submitted document must be original /verified by Public Representative
- Berkas yang diperlukan / documents required
  1. Formulir Klaim Kematian / Death Claim Form.
  2. Surat Keterangan Dokter atau resume medis dari Rumah Sakit/ Attending Physician's Statement or medical resume from the hospital
  3. Surat Keterangan Kematian dari Instansi Pemerintah yang berwenang / Certificate of Death from the legal authority.
  4. Surat Keterangan dari Kepolisian jika meninggal dunia karena kecelakaan / Certificate from Police if the death due to accident.
  5. Asli Sertifikat Asuransi / Original Certificate of Insurance.

Nomor Polis / Policy Number :

Nama Pemegang Polis / Name of the Policyholder : \_\_\_\_\_

Nama Debitur / Name of Debtor : \_\_\_\_\_

Nomor Sertifikat / Number Certificate : \_\_\_\_\_

Tanggal Lahir / Date of Birth :     (Tgl bln thn / dd mm yyyy)

Jenis Kelamin / Sex :  Laki-Laki / Male  Perempuan / Female

Telah Meninggal oleh karena / Cause of Death : \_\_\_\_\_

Tanggal Meninggal / Date of Death : \_\_\_\_\_

Tempat Meninggal / Place of Death : \_\_\_\_\_

Berikan gambaran secara singkat & jelas mengenai gejala / kejadiannya. Apabila kolom yang disediakan tidak mencukupi, tambahkan keterangan di lembar tersendiri. / Please describe short & clearly of symptoms / event. If the space not enough, please use another sheet.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Apakah Debitur diasuransikan di perusahaan asuransi lain? / Is the Debtor insured by other Insurance Companies?  Ya / Yes  Tidak / No

Nama Perusahaan Asuransi / Name of Insurance Companies : \_\_\_\_\_

Nomor Polis Asuransi / Number of Insurance Policy : \_\_\_\_\_

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. Saya juga memahami bahwa jawaban dan keterangan tersebut di atas menjadi dasar Pertanggungjawaban dan tidak terpisahkan dari Polis yang diminta. Dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan atau Organisasi lainnya, yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan, untuk memberitahukan kepada PT Asuransi Artarindo dan/atau PT Asuransi Jiwa Reliance atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan saya baik selama saya hidup atau telah meninggal. Copy dari Surat Kuasa ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

I declare that I have read, understood and answered all the questions above completely and correctly. I also understand that all the answers and information above will be inseparable part of the policy I apply for. I hereby authorize any physician, clinic, hospital, public health center, insurance company, legal institution, personal or other organizations that has any records or information on me and my health whether I am still alive or dead to give them to PT Asuransi Artarindo and/or PT Asuransi Jiwa Reliance or its authorized institution. A photographic copy of this statement, should be as valid and legal as the original.

PEMEGANG POLIS / POLICY HOLDER

Tempat & Tanggal / Place & Date

Tandatangan, Nama & Cap / Signature, Name & Stamp

**SURAT KETERANGAN DOKTER / ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT**

Nama pasien / Name of the Patient	_____
Apakah pasien dirawat inap? Did the patient hospitalize?	<input type="radio"/> Ya, indikasi rawat inap / Yes, indication of hospitalization <input type="radio"/> Tidak, apakah pasien mendapat perawatan di ruang gawat darurat? No, did patient have emergency treatment? <input type="radio"/> Ya / Yes - Masuk, UGD, Pukul / Asmitted to ER, Time : _____ - Keluar UGD, Pukul / Discharge from ER, Time : _____ - Tidakan yang dilakukan / Actions that done : _____ <input type="radio"/> Tidak / No
Tanggal Perawatan Date of Hospitalization	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Tgl bln thn / dd mm yyyy)
Gejala pada saat masuk RS Symptoms upon Hospitalization	_____ _____
Tanggal gejala pertama kali diketahui The date of first symptoms	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Tgl bln thn / dd mm yyyy)
Pertama kali berobat untuk penyakit tersebut First medical treatment related to the illness a. Tanggal / Date b. Nama Dokter / Name of the Doctor c. Alamat / Address	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Tgl bln thn / dd mm yyyy) _____ _____ _____
Anamnesa : Riwayat Penyakit / History of the disease	_____ _____
Tanggal pertama kali konsultasi / Date of first consultation	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Tgl bln thn / dd mm yyyy)
Nama dan alamat dokter yang merujuk / Name and address of referral Doctor	_____ _____
Jenis serta hasil pemeriksaan fisik, lab, rontgen, CT Scan, hasil PA dll yang dilakukan / Physical examination result, lab X-ray, CT Scan, Clinical Pathology Result, etc	_____ _____
Diagnosa, atau dugaan diagnose / Diagnose or Pre Diagnose	_____
Penyebab Kematian / Cause of Death	_____
Tanggal pertama kali diketahui penyebab kematian tersebut / The date of cause of death	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Tgl bln thn / dd mm yyyy)
Diagnosa di atas berhubungan dengan / The diagnose above is related to	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kelainan Bawaan Sejak Lahir / Congenital Anomaly <input type="radio"/> Ya / Yes <input type="radio"/> Tidak / No</li> <li>- Penyakit Kejiwaan / Psychology <input type="radio"/> Ya / Yes <input type="radio"/> Tidak / No</li> <li>- Kelainan Tumbuh Kembang / Development Disorder <input type="radio"/> Ya / Yes <input type="radio"/> Tidak / No</li> <li>- Kehamilan / Pregnancy <input type="radio"/> Ya / Yes <input type="radio"/> Tidak / No</li> <li>- Kecelakaan / Accident <input type="radio"/> Ya / Yes <input type="radio"/> Tidak / No</li> <li>- Apakah pasien pernah konsultasi / dirawat sebelumnya? / Has patient ever been consulted / hospitalized before? <input type="radio"/> Ya / Yes <input type="radio"/> Tidak / No</li> </ul> <p>Jika "Ya", jawab pertanyaan a, b, &amp; c / If "Yes", Please answer a, b, &amp; c:</p> <p>a. Tanggal / Date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>b. Diagnosa / Diagnose : _____</p> <p>c. Nama Dokter / Name of Doctor : _____</p> <p>d. Nama Rumah Sakit / Name of Hospital : _____</p>

Saya, sebagai dokter yang merawat pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan – pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. / I, as a Doctor who treat the patient, certify I have read and answered the above questions completely and correctly.

- a. Nama Dokter / Name of Doctor : \_\_\_\_\_
- b. Nama Rumah Sakit / Name of Hospital : \_\_\_\_\_
- c. Alamat Rumah Sakit / Address of Hospital : \_\_\_\_\_

Tempat & Tanggal  
Place & Date

Tandatangan & Nama Dokter  
Signature & Name of Doctor

Cap Rumah Sakit  
Stamp of Hospital