

INFORMASI KESEHATAN

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 pertanggung jawaban asuransi ini dapat dinyatakan batal.

Nama Dokter: _____ dokter umum dokter spesialis

Alamat praktek/klinik/RS: _____

Menerangkan Bahwa:

Nama Pasien meninggal:	Tempat dan Tanggal meninggal:
DOB:	No RM:
Jenis Kelamin: <input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan	Hubungan dengan pasien/tertanggung/pemegang polis:
Alamat :	<input type="checkbox"/> Sendiri <input type="checkbox"/> Suami/Istri <input type="checkbox"/> Anak

Apakah Almarhum sebelum meninggal dirawat? Ya, dirawat sejak tgl : __/__/__(dd/mm/yy) Tidak

Diagnosa medis :

Sebab utama meninggal / *cause of death*:

Diakibatkan secara langsung oleh cedera tubuh karena Kecelakaan, mohon jelaskan secara terperinci bila ada kelainan/cedera tubuh yang ditemukan:

Penyakit, mohon jelaskan komplikasi apa saja yang ditemukan:

Apakah penyakit saat ini berhubungan dengan:

Penyakit Bawaan atau kelainan sejak lahir.

Kehamilan, Kelahiran, atau Keguguran dan komplikasi yang terjadi sebagai akibatnya.

Penyalahgunaan Alkohol atau Penggunaan obat-obat terlarang.

Berhubungan dengan HIV/AIDS.

Bunuh diri.

Tindakan melawan hukum/dihukum mati .

Penyebab/penyakit lainnya, sebutkan:

Kapan pertama kali TS melakukan pemeriksaan medis pada almarhum?

Bagaimana perkembangan penyakit selama dirawat sampai almarhum meninggal?

Apakah almarhum menderita penyakit lainnya selama dalam perawatan? Tidak Ya, mohon disebutkan :

Hasil pemeriksaan penunjang yang dilakukan:

Riwayat penyakit/diagnosis dan kunjungan berobat sebelumnya:

Nama Dokter/Rumah Sakit	Alamat	Tanggal Berobat	Diagnosis

Apakah kondisi saat ini merupakan kelanjutan/komplikasi/berhubungan dengan penyakit yang pernah diderita sebelumnya?

Tidak Ya, mohon disebutkan :

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 _____, tanggal _____ 20__

Nama, Tanda tangan & Stempel Dokter/Rumah Sakit