PRUDENTIAL SYARIAH

Prudential Tower
Jl. Jend. Sudirman Kav. 79, Jakarta 12910
Customer Line: 1500577
customer.idn@prudentialsyariah.co.id
www.prudentialsyariah.co.id

PT Prudential Sharia Life Assurance terdaftar di dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan

KUESIONER MENINGGAL

UNTUK DIISI OLEH PENERIMA MANFAAT

A. IDENTITAS PESERTA (YANG DIASURANSIKAN)*

No. Polis : ……

Nama Peserta (Yang Diasuransikan) : …….....

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.....
.....
.....

*Peserta (Yang Diasuransikan) dapat mencakup Peserta dan Peserta Yang Diasuransikan

☐ 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 Peserta (Yang Diasuransikan)? 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 lainya 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:	Nama:
KTP No.:	KTP No.:
Nama:	Nama:
KTP No.:	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