

# KUESIONER MANFAAT MENINGGAL

( Untuk diisi oleh Penerima Manfaat Asuransi atau Ahli Waris )

Nama Pemegang Polis :

Nama Tertanggung :

No Polis :

Alamat :

Mohon Informasi Seluruh Riwayat Kesehatan dari data :

Nama Almarhum :

Tanggal Lahir :

TANGGAL BERKONSULTASI /DIRAWAT (tanggal/bulan/tahun)	NAMA RS / DOKTER	ALAMAT & NO TELEPHONE RUMAH SAKIT / KLINIK / DOKTER YANG MERAWAT ALMARHUM	DIAGNOSA PENYAKIT

Mohon meminjamkan hasil-hasil pemeriksaan kesehatan yang dilakukan sehubungan dengan penyakit tersebut.

- Mohon informasi apakah Almarhum yang disebut diatas, pernah menderita sakit dengan rentang waktu sebagai berikut :
  - ± 1 sampai dengan 6 bulan sebelum meninggal, dengan diagnosa .....
  - < dari 1 tahun sebelum meninggal, dengan diagnosa .....
  - ± 1 sampai dengan 5 tahun sebelum meninggal, dengan diagnosa .....
  - ± 5 sampai dengan 10 tahun sebelum meninggal, dengan diagnosa .....
  - > dari 10 tahun sebelum meninggal, dengan diagnosa.....
- Apakah ada hal – hal lain yang perlu kami ketahui terkait dengan riwayat kesehatan Almarhum ?  
.....

Saya yang bertandatangan dibawah ini telah mengisi data riwayat kesehatan Almarhum dengan benar dan data tersebut dapat dipergunakan untuk keperluan proses Klaim.

....., ... / ... .. / 201

.....  
(Nama lengkap dan tanda tangan Penerima Manfaat atau Ahli Waris)

