

### FORMULIR MENINGGAL DUNIA

Nama Pemegang Polis : \_\_\_\_\_

Tempat Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_   -   -

Nomor Polis :

Alamat : Jalan \_\_\_\_\_ Rt/Rw \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_  
Kecamatan \_\_\_\_\_ Kelurahan \_\_\_\_\_  
Kota/Kabupaten \_\_\_\_\_ Telepon \_\_\_\_\_

Pekerjaan : \_\_\_\_\_

Hubungan Dengan Tertanggung : \_\_\_\_\_

#### MENERANGKAN DENGAN SEBENARNYA, BAHWA

Nama Tertanggung ; \_\_\_\_\_

Tempat tanggal Lahir ; \_\_\_\_\_   -   -

Jenis Kelamin ;  Laki-Laki  Perempuan

Meninggal Karena ; \_\_\_\_\_

Tempat dan Tanggal Meninggal ; \_\_\_\_\_   -   -

Berikan gambaran secara singkat perihal kejadiannya. Apabila kolom yang disediakan tidak mencukupi, tambahkan keterangan di lembar sendiri

Mohon sebutkan nama Rumah Sakit / Klinik / Puskesmas yang pernah dikunjungi Tertanggung/Peserta untuk menjalani pengobatan

#### KETERANGAN LAIN - LAIN

Apakah Tertanggung Perokok  Ya  Tidak Sejak :   -   -

Apakah Tertanggung diasuransikan di perusahaan lain  Ya  Tidak

Nama Perusahaan Asuransi : \_\_\_\_\_ Nomor Polis : \_\_\_\_\_

Tempat & tanggal

\_\_\_\_\_  
Tandatangan & Nama Termaslahat /  
Keluarga Tertanggung