

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