



**PFI MEGA LIFE**  
**SYARIAH**

**FORMULIR PENGAJUAN KLAIM-**  
*Claim Form Submission-*  
**MANFAAT ASURANSI JIWA**  
*Life Insurance Benefits*

**JENIS PENGAJUAN MANFAAT ASURANSI / Types of Claim Benefits for Insurance Benefits**

- MENINGGAL DUNIA/*Death Claim*     KESEHATAN/*Health Claim*     CACAT/*Disability*, PENYAKIT KRITIS/*Critical Illness*  
 LAINNYA/*Others*, .....

**Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah Pemegang Polis / Penerima Manfaat PT PFI MEGA LIFE INSURANCE :**  
*I'am, the undersigned, is the Policy holder / Beneficiary of PT PFI MEGA LIFE INSURANCE :*

Nama Pemegang Polis / *Policy holder name* : \_\_\_\_\_  
Penerima Manfaat / *Beneficiary*

Nama Peserta / *Participant name* : \_\_\_\_\_  
(hanya untuk 1 orang Peserta / *only for 1 Participant person*)

Nomor Polis / *Policy number* :

\*Tanggal Rawat Inap/*Date of Hospitalization* : Tgl/*date* : ..... - ..... Tgl/*date* : ..... - .....  
: Tgl/*date* : ..... - ..... Tgl/*date* : ..... - .....

Alamat Korespondensi / *Address* : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kode Pos / *POS code* :

No. HP-WA / *Whatsapp Mobile Phone number* :     -

Email / *Email address* : \_\_\_\_\_

**APABILA KLAIM TERSEBUT DISETUJUI, MOHON PEMBAYARAN KLAIM ASURANSI DITUJUKAN KE / If the claim approved, please payment directly to :**

Nomor Rekening / *Account number* : \_\_\_\_\_  Aktif / *Active*  
Atas Nama / *On Behalf of* : \_\_\_\_\_  
Nama Bank / *Bank name* : \_\_\_\_\_  Tidak Aktif / *Not Active*  
Jenis Rekening / *Account type*  Rupiah  US.\$

**PERNYATAAN KUASA / Power of Attorney :**

Saya/Kami/Penerima Manfaat dari atas nama Peserta diatas bersama ini memberikan Kuasa kepada dokter, rumah sakit, Klinik, Puskesmas, Perusahaan Asuransi Lainnya ataupun perorangan yang mempunyai catatan data atau yang mengetahui keadaan kesehatan Peserta, untuk diberikan kepada PT PFI Mega Life Insurance atau orang yang mewakili, atas semua keterangan mengenai diri Peserta/Kami yang berhubungan dengan kesehatan, riwayat pengobatan, perawatan di rumah sakit, nasihat - nasihat dokter, pengobatan atau penyakit.

*I/We/the Beneficiary on behalf of the Participant give authorize to doctor, hospitals, clinic, health center, any others Insurance Company or individual who has data records or who knows the health condition of the Participant, to be given to PT PFI Mega Life Insurance or a person representing , for all information regarding the Participant/Our self which is related to health, medical history, hospital treatment, doctor's advice, medication or illness.*

<b>TERTANDA / Signed ;</b>
..... / ..... / ..... / .....
materi/stamp Rp. 10,000,-
----- <b>( Pemegang Polis / Penerima Manfaat )</b> <b>( Policy holder / Beneficiary )</b>

<b>Diterima oleh Departemen Klaim/Received by :</b>	
- Tanggal/ <i>date</i>	
- Paraf/ <i>Initials</i>	
- Nama/ <i>Name</i>	

Form-Clm-04-22-09-2023

\* Tanggal kejadian/*Date of incident* : hanya di isi untuk pengajuan klaim santunan harian rawat inap/*Only filled in to submit claims for Daily of Hospitalization*

**“FORMULIR KETERANGAN KRONOLOGIS KEMATIAN”**  
**DEATH CHRONOLOGICAL INFORMATION FORM**

Nama yang Meninggal Dunia / *Participant name* : \_\_\_\_\_  
 Tempat Meninggal / *Place of Death* : \_\_\_\_\_  
 Tanggal Meninggal / *Date of Death* : \_\_\_\_\_  
 Nama pemberi keterangan / *Informant name* : \_\_\_\_\_  
 Hubungan dengan Almarhum / *Relationship with the Participant* : \_\_\_\_\_  
 Nomor Telepon / *Phone number (Mobile number)* : \_\_\_\_\_

- =====
1. Apakah dalam 5 (lima) tahun terakhir (alm) pernah dirawat?  
*Has the insured been treated in the last 5 (five) years?* : \_\_\_\_\_
  2. Sejak kapan dan dirawat mana ?  
*Since when and where was it treated?* : \_\_\_\_\_
  3. Sebutkan penyakit apa yang pernah di derita (alm) ?  
*What disease did Insured suffer from?* : \_\_\_\_\_
  4. Menurut Ahli Waris, apa penyebab meninggalnya (alm) ?  
*According to Beneficiary, what is the cause of death?* : \_\_\_\_\_

Jelaskan kronologis kematian (alm) / *Please explained regarding to chronological cause of death the Participant :*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Demikian keterangan ini Saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila unsur kekeliruan, ketidak-benaran dan/atau menyembunyian fakta, maka PT PFI Mega Life Insurance dibebaskan dari kewajiban untuk membayar klaim manfaat asuransi jiwa dan dari tuntutan hukum.  
*I hereby declared that this statement is true and if there are elements of error, untruth and/or concealment of facts, then PT PFI Mega Life Insurance will be released from the obligation to pay claims for life insurance benefits and also from lawsuits.*

**Saksi-saksi / Witnesses:**

..... / ..... / ..... / 20....

(.....)

(.....)

(.....)

**Form-Clm-05-18-07-2018**



**SURAT KETERANGAN DOKTER / Medical Resume**

Nama Pasien/Patient Name :

Tanggal lahir/Date of Birth :

1. Apakah Anda Dokter yang biasa merawat almarhum/-ah ? Ya/Yes  Tidak/No   
*Are you the doctor who used to treat the patient?*
2. Jika "Ya" sudah berapa lama ? .....  
*If yes, how long*
3. Apakah Anda merawat almarhum/-ah selama penyakitnya yang terakhir ini ? Jika "Ya", apakah keluhannya  
*Did you take care of the patient during their last illness? If "yes", what were the symptoms or complaints*  
.....
4. Menurut pengakuan almarhum/-ah sejak kapan almarhum/-ah mulai menderita penyakit tersebut ?  
*According to the confession of the patient, since when did the patient begin to suffer from this disease?*  
.....
5. Pada Tanggal berapakah Almarhum mengkonsultasikan penyakitnya untuk pertama kali ? (tgl/bln/thn).....  
*What date did the patient consult their illness for the first time? (date/month/year)*
  - a. Keluhan apa yang dirasakan saat itu / *What were symptoms or complaints at that time :*  
.....
  - b. Sebutkan pemeriksaan penunjang yang sudah dilakukan / *What was the supporting examinations that had been done :*  
.....
  - c. Apakah diagnose yang ditegakkan pada pasien ini? / *What is the Primary Diagnose :*  
.....
  - d. Riwayat Penyakit Sekarang (RPS) dan sejak kapan gejala tersebut timbul (tgl/bln/thn) / *History of Current Disease and since when these symptoms appear (date/month/year)*  
.....  
Riwayat Penyakit Dahulu (RPD) dan sejak kapan didiagnosis (tgl/bln/thn) / *History of Previously Disease and since when these symptoms appear (date/month/year)*  
.....
6. Apakah Anda hadir pada meninggalnya ? Jika tidak, pada tanggal berapa Anda terakhir merawat almarhum/-ah ?.....  
*Did you present at their death? If not, what was the date that you last care for the patient?*  
Jika anda hadir pada meninggalnya alm(h) mohon penjelasan / *If you were present at the death of the patient, please explain more*
  - a. Tempat Meninggal / *Place of death* .....
  - b. Tanggal Meninggal (tgl/bln/thn) / *Date of Death (date/month/year)* .....
  - c. Sebab meninggal / *Cause of Death* .....
  - d. Penyakit yang mendasari dan sejak kapan (tgl/bln/thn) / *Ex-cause of disease and since when (date/month/year)*  
.....
7. Apakah Anda pernah merawat almarhum/-ah untuk penyakit lain ? Jika benar, apa keluhannya ?  
*Did you treat the patient for other illnesses? If yes, what's the symptoms or complaint?*  
.....
8. Penyakit utama lain manakah yang diderita almarhum/-ah dan berapa lamanya ? .....  
*What any other major illnesses did the patient have? and for how long?*
9. Apakah ada pengaruh lain dari sebab – sebab kematian almarhum/-ah karena kebiasaan – kebiasanya (menggunakan alcohol, obat bius, dsb)  
*Were there any other influences because of their behavior (using alcohol, drugs, etc.)*  
.....
10. Berikan Keterangan tambahan lainnya yang Anda rasa ada hubungannya .....  
*Please provide other additional information that you feel will related to cause of death*

**PERNYATAAN DOKTER / Doctor's Statement**

Saya dengan ini menyatakan bahwa semua jawaban di atas adalah benar dan lengkap menurut pengetahuan dan keyakinan Saya  
*I declare that all of the answers above are correct and complete to the best of my knowledge and believe*

Tanggal / Date : .....

Alamat / Address : .....

**Tanda Tangan dokter dan cap Rumah Sakit / Doctor's signature and hospital stamp**

**Form-Clm-03-18-07-2018**

( ..... )

**Formulir Pertanyaan Tambahan Kesehatan**  
**Additional Health Inquiry Form**

Mohon diisi dengan huruf cetak  
 dan Pilih dengan memberi tanda

Dilengkapi oleh Dokter yang menangani atau merawat pasien  
**To be filled in by the treating doctor**

**Nama Pasien / Patient Name** : \_\_\_\_\_  
**Tanggal Lahir / Date of Birth** : \_\_\_\_\_ **No. Rekam Medis/Medical Record number** : .....

1 Kapan Pertama kali pasien datang (tgl/bln/thn) /  
 When did the patient first time come (date/month/year)  
 \_\_\_\_\_  
 Apa diagnosanya, mohon dijelaskan:  
 What is the diagnosis, please explain more  
 \_\_\_\_\_

2 a. Apa keluhan utama pasien (anamnesa)?  
 What is the main patient's symptoms or complaints (anamnesis)?  
 \_\_\_\_\_ Dan sejak kapan timbul ? (tgl/bln/th)  
 And since when did it occur? (date/month/year)  
 \_\_\_\_\_

b. Ada keluhan tambahan ? / Any additional symptoms or complaints  
 \_\_\_\_\_

3 Diagnosa apa yang ditegakkan pada pasien ini pada penyakitnya yang terakhir ?  
 What was the primary diagnosis made during their last illness?  
 \_\_\_\_\_ Dan sejak kapan timbul ? (tgl/bln/th)  
 And since when did it occur? (date/month/year)  
 \_\_\_\_\_

4 Apakah penyakit yang mendasari diagnosa tersebut ?  
 What was the underlying disease for the diagnosis?  
 \_\_\_\_\_ Dan sejak kapan timbul ? (tgl/bln/th)  
 And since when did it occur? (date/month/year)  
 \_\_\_\_\_

5 Hasil pemeriksaan penunjang apa yang digunakan untuk mendukung diagnosa tersebut ? Mohon penjelasannya:  
 What investigation results were used to support the diagnosis? please to explanation more  
 \_\_\_\_\_

6 Adakah dokter lain yang merawat pasien ini selain dokter?  Ya  Tidak  
 Is there any other doctor treating this patient? Yes / No  
 \_\_\_\_\_  
 Bila Ya Sebutkan Nama dokter lain dan alamat praktek yang juga pernah merawat pasien  
 If Yes, please state the names of other doctors and addresses of practices that have treated patients  
 \_\_\_\_\_

7 Sebutkan Riwayat Penyakit Dahulu (RPD)  
 History of Previously Disease  
 \_\_\_\_\_ Sejak kapan gejala tersebut timbul ? (tgl/bln/th)  
 since when these symptoms appear (date/month/year)  
 \_\_\_\_\_

8 Apakah sebelumnya pasien pernah menjalani Rawat Jalan ?  Ya  Tidak; Jika Ya mohon sebut dan jelaskan  
 Has the patient previously undergone outpatient treatment? If Yes, Please explain more  
 Date/Month/Year  -  -  Diagnosis \_\_\_\_\_  
 Date/Month/Year  -  -  Diagnosis \_\_\_\_\_  
 Date/Month/Year  -  -  Diagnosis \_\_\_\_\_

9 Apakah sebelumnya pasien pernah menjalani Rawat Inap ?  Ya  Tidak; Jika Ya mohon sebut dan jelaskan  
 Has the patient previously undergone inpatient treatment? If Yes, Please explain more  
 Date/Month/Year  -  -  Diagnosis \_\_\_\_\_  
 Date/Month/Year  -  -  Diagnosis \_\_\_\_\_  
 Date/Month/Year  -  -  Diagnosis \_\_\_\_\_

10 Apakah pasien mempunyai riwayat penyakit seperti berikut /  
 Did the patient have history of the following diseases?  
 \_\_\_\_\_

No	History of diseases	Since when (date/month/year)
1	Heart disease	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	Stroke	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5	Hypertension	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6	Chronic Lung Disease	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7	Liver	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8	Cancer/Tumors	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9	Kidney	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10	Hepatitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11	Asthma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12	Other disease of systemic	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

11. Are there any other symptoms of systemic disease that the patient has experienced?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

12. Is there any other information that the Doctor would like to explain?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**PERNYATAAN DOKTER / Doctor's Statement**  
 I declare that all of the answers above are correct and complete to the best of my knowledge and believe.  
 Date : ..... **Doctor's signature & Name** ( ..... )