





Nama & Alamat Dokter / RS Lain Yang Pernah Mengobati/Merawat Tertanggung :

No.	Dokter/Rumah Sakit	Jenis Penyakit	Diderita sejak
1.			
2.			
3.			

**B. Dokumen-dokumen yang diserahkan :**

1. Asli atau Fotokopi legalisir Surat Keterangan meninggal dunia yang dikeluarkan Instansi Pemerintah yang berwenang.
2. Asli Surat Keterangan sebab meninggal dunia dari Dokter yang memeriksa jenazah atau yang mengobati/ merawat Tertanggung dalam hal Tertanggung meninggal dunia melalui pemeriksaan/ perawatan Dokter sebelumnya.
3. Asli atau Fotokopi legalisir Resume Medis, hasil pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan penunjang lainnya dari dokter yang pernah memeriksa, mengobati atau merawat Tertanggung semasa hidup Tertanggung (berobat jalan atau dirawat inap).
4. Asli atau Fotokopi legalisir Berita Acara Kecelakaan dari Kepolisian/ Pejabat yang berwenang, dalam hal Tertanggung/Peserta meninggal dunia karena Kecelakaan.
5. Kronologis kematian dari Ahliwaris Tertanggung/Debitur diketahui Ketua RT/RW setempat yang dibuat di atas meterai Rp.6.000,00 apabila Tertanggung meninggal dunia di rumah;
6. Asli atau Fotokopi Berita Acara Kecelakaan yang dikeluarkan oleh pihak yang berwenang, asli Surat Keterangan Dokter/Rumah Sakit tentang penyebab meninggalnya Tertanggung dan asli Surat Keterangan Kematian dari pihak yang berwenang yang telah dilegalisir oleh Konsulat Jendral RI setempat, apabila Tertanggung meninggal dunia di luar negeri.
7. Fotokopi Tanda Bukti Diri dan Kartu Keluarga Tertanggung dan ahliwaris;
8. Fotokopi rekening pinjaman atau Kartu Angsuran (copy rekening koran) atau yang bisa dipersamakan dengan itu yang menunjukkan outstanding (sisa kredit yang belum dilunasi) pada saat tertanggung meninggal dunia
9. Fotokopi Akad Kredit/ Perjanjian Kredit.
10. Surat Kuasa Pemaparan Isi Rekam Medis dari ahliwaris Tertanggung kepada Penyedia Layanan Kesehatan.

Saya yang bertandatangan di bawah ini sebagai ahliwaris Pasien yang sah, dengan ini memberi ijin kepada pihak Penyedia Pelayanan Kesehatan untuk menjelaskan semua informasi yang diperlukan kepada PT Asuransi Jiwasraya (Persero), yang sah telah saya beri kuasa untuk mendapatkan semua rekaman medis atau informasi lain yang diperlukan dari Penyedia Pelayanan Kesehatan atau pihak lain.

....., .....

(.....)  
Nama ahliwaris Tertanggung/Debitur