

## KUESIONER MENINGGAL DUNIA

No. Polis :  
No. Peserta :  
Nama Tertanggung / Peserta :  
Nama Ahli Waris :  
Hubungan :  
No. NIK Ahli Waris :  
No. Telepon/HP :

---

1. Sepengetahuan Anda, Apakah Tertanggung/Peserta pernah mengeluhkan penyakit yang berkepanjangan:

Ya  Tidak

Jika Ya :

Sejak kapan :  
Diagnosa :  
Berobat dimana :

2. Kapan Tertanggung/Peserta Meninggal Dunia, dimana dan apa diagnosa penyebab kematiannya?

Tanggal :  
Diagnosa :  
Tempat meninggal :

3. Siapa yang menyaksikan Tertanggung meninggal dunia?

Nama	Hubungan	No. Telepon

4. Apakah Tertanggung/Peserta memiliki BPJS?

Ya  Tidak

Jika Ya, mohon dapat diberikan informasi:

No. BPJS :  
Faskes :

\*Mohon dapat diberikan copy kartu BPJS

5. Mohon dapat diberikan informasi Nama Dokter/RS/Klinik/Puskemas yang biasa dikunjungi Tertanggung/Peserta:

Nama Dokter	Nama RS/Klinik/Puskemas	Alamat

6. Apakah Tertanggung/Peserta pernah mengeluh sakit kepala, sering pusing, lemas, mengalami kelemahan anggota gerak?

Ya  Tidak

Jika Ya :

Sejak kapan :

Diagnosa : (bulan/tanggal/tahun)

7. Apakah Tertanggung/Peserta pernah menderita Hipertensi/darah tinggi, penyakit jantung dan pembuluh darah, penyakit pembuluh darah otak (termasuk stroke), penyakit darah (termasuk leukemia), kelainan lemak dalam darah (termasuk hiperkolesterol)?

Ya  Tidak

Jika Ya :

Sejak kapan :

(bulan/tanggal/tahun)

8. Apakah Tertanggung/Peserta pernah menderita penyakit gagal ginjal dan penyakit yang berhubungan dengan hati(Hepatitis, kanker hati)?

Ya  Tidak

Jika Ya :

Sejak kapan :

(bulan/tanggal/tahun)

9. Apakah Tertanggung/Peserta pernah menderita penyakit infeksi lambung, tukak lambung, penyakit usus atau kandung empedu?

Ya  Tidak

Jika Ya :

Sejak kapan :

(bulan/tanggal/tahun)

10. Apakah Tertanggung/Peserta pernah menderita penyakit saluran pernafasan (asma), sesak nafas, TBC, atau penyakit paru-paru lainnya?

Ya  Tidak

Jika Ya :

Sejak kapan : (bulan/tanggal/tahun)

11. Apakah Tertanggung/Peserta pernah menderita Kencing manis (Diabetes Melitus)?

Ya  Tidak

Jika Ya :

Sejak kapan : (bulan/tanggal/tahun)

12. Mohon dapat memberikan keterangan lain mengenai kondisi / riwayat kesehatan Tertanggung/Peserta:

No.	Tanggal Berobat	Diagnosa Penyakit	Nama, Alamat dan No. Telp. Dokter/RS/Klinik/Puskesmas

### 13. Kronologi Meninggal Dunia

Demikianlah saya telah memberikan jawaban dan keterangan dengan sejas-jelasnya dan sebenar-benarnya.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (Tgl/Bln/Thn)

Materai 6000

\_\_\_\_\_  
Nama :

No. HP :