

FORMULIR KLAIM MENINGGAL DUNIA

(Diisi oleh Penerima Manfaat / Ahli Waris)

Agar mempercepat proses Klaim, harap semua pertanyaan di bawah ini dijawab dengan benar, lengkap dan jelas.

1. Pemegang Polis :
2. Nomor Polis :

Yang bertandatangan dibawah ini:

DATA PENERIMA MANFAAT/AHLI WARIS

3. Nama Lengkap :
4. Jenis Kelamin : Pria Wanita
5. Tempat, Tanggal lahir/Umur : / / /Umur tahun
Tanggal Bulan Tahun
6. Alamat :
7. Nomor KTP/Identitas lain :
8. No Telepon/Handphone :
9. Hubungan dengan Almarhum/-ah :

DATA (TERTANGGUNG/PESERTA)

10. Nama Lengkap Tertanggung/Peserta :
11. Nama Panggilan>Nama lain/alias :
12. Jenis Kelamin : Pria Wanita
13. Tempat & Tanggal Lahir : , / /
Tanggal Bulan Tahun
14. Nomor KTP/Identitas lain :
15. Nomor Sertifikat :
16. Alamat Tempat Tinggal :
17. Telah Meninggal Dunia Pada Hari : / /
Tanggal Bulan Tahun
18. Tempat Meninggal : Rumah Sakit Rumah Tertanggung/Peserta Lainnya
19. Nama & Alamat Tempat Meninggal :
20. Penyebab Meninggal : Penyakit Kecelakaan Lainnya
21. Kronologis kejadian sebelum peserta meninggal dunia :

**Apabila tidak mencukupi dapat menggunakan kertas terpisah*

JIKA MENINGGAL KARENA PENYAKIT

22. Keluhan & Gejala-nya :
23. Nama Penyakit-nya :
24. Mulai diderita penyakit tersebut : Sejak kapan, / /
Tanggal Bulan Tahun

JIKA MENINGGAL KARENA KECELAKAAN

25. Tempat & tanggal terjadinya kecelakaan : / /
Tanggal Bulan Tahun
26. Penyebab kecelakaan :
27. Apakah kecelakaan tersebut telah dilaporkan kepada pihak berwajib ? Ya Belum
- Jika Belum, mohon dijelaskan alasannya :
- *Jika Ya, mohon melampirkan Surat Keterangan dari pihak kepolisian*

RIWAYAT PENYAKIT YANG PERNAH DIDERITA TERTANGGUNG/PESERTA

28. Apakah Tertanggung/Peserta sebelum meninggal pernah menderita penyakit
- | | | | | | |
|--------------------------------------|---|--------------------------------|-----------------------------|-------|----------------------|
| a. Tumor | : | <input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya | Sejak | <input type="text"/> |
| b. Stroke | : | <input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya | Sejak | <input type="text"/> |
| c. Kencing Manis (Diabetes Mellitus) | : | <input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya | Sejak | <input type="text"/> |
| d. Jantung | : | <input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya | Sejak | <input type="text"/> |
| e. Ginjal | : | <input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya | Sejak | <input type="text"/> |
| f. Hati | : | <input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya | Sejak | <input type="text"/> |
| g. Tekanan Darah Tinggi (Hipertensi) | : | <input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya | Sejak | <input type="text"/> |
| h. Tekanan Darah Rendah | : | <input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya | Sejak | <input type="text"/> |
| i. Kanker | : | <input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya | Sejak | <input type="text"/> |
| j. TBC | : | <input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya | Sejak | <input type="text"/> |
| k. Penyakit Kelamin | : | <input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya | Sejak | <input type="text"/> |
| l. Ayan (Epilepsi) | : | <input type="checkbox"/> Tidak | <input type="checkbox"/> Ya | Sejak | <input type="text"/> |
29. Nama Dokter/Rumah Sakit/Puskesmas/Laboratorium yang pernah dikunjungi Tertanggung/Peserta selama hidup untuk memeriksa dan mengobati penyakit yang pernah di derita
- Nama :
- Alamat :
- No Telepon :
30. Apakah Anda sedang mengajukan klaim ke perusahaan asuransi lain ? Ya Tidak

No.	Nama Perusahaan Asuransi	No Polis	Jenis Program Asuransi	Tanggal Mulai Asuransi

PERNYATAAN PENERIMA MANFAAT / AHLI WARIS

Dengan ini Saya / Kami memberitahukan kepada Penanggung bahwa Tertanggung di atas telah Meninggal Dunia, serta jawaban dan pernyataan yang Saya / Kami buat adalah benar dan tepat; Serta tidak ada keterangan atau hal-hal lain yang disembunyikan.

Dengan ini Saya / Kami menyetujui bahwa pernyataan tertulis dan bukti-bukti dari semua Dokter yang memeriksa atau merawat Tertanggung, dan semua surat lainnya yang diminta oleh Penanggung akan menjadi bagian yang tak terpisahkan dari bukti klaim yang diajukan.

Segala akibat hukum dan atau kerugian yang timbul atas pernyataan yang belum lengkap atau benar akan menjadi tanggung jawab Saya.

SURAT KUASA

Dengan ini Saya / Kami menyetujui dan memberi kuasa kepada setiap Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Laboratorium, Institusi medis manapun, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Lembaga, atau Perorangan atau organisasi lainnya yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan pasien atau Tertanggung untuk menyerahkan setiap informasi kesehatan tidak terbatas pada data-data kesehatan kepada Penanggung atau mereka yang diberi kuasa olehnya. Salinan dari Surat Kuasa ini berlaku dan mempunyai kekuatan Hukum yang sama dan sah seperti aslinya.

Ditandatangani di :

Tanggal : / /

Ahli Waris / Penerima Manfaat

Diketahui Pemegang Polis

Nama Lengkap :

Jabatan :

Tanggal :

(Tanda Tangan & Nama Jelas)

DATA PEMBAYARAN KLAIM*

*Khusus untuk produk Individu

**Lampirkan buku rekening tabungan

Apabila klaim disetujui, pembayaran klaim akan ditransfer ke:

Nama Pemilik Rekening :

Nomor Rekening :

Nama Bank :

Cabang :

KELENGKAPAN DOKUMEN KLAIM

Wajib dilampirkan

Dokumen Utama

- Fotokopi bukti identitas diri Tertanggung/Peserta & Ahli Waris/Penerima Manfaat
- Asli Polis/Sertifikat Kepesertaan - Daftar Peserta
- Asli Surat Permohonan Pengajuan Klaim dari Pemegang Polis
- Asli Formulir Klaim Meninggal Dunia yang diisi oleh Ahli Waris/Penerima Manfaat
- Asli/Fotokopi yang dilegalisir akte kematian
- Asli Kronologis Kematian dari Ahli Waris apabila Tertanggung/Peserta Meninggal bukan di Rumah Sakit
- Fotokopi Kartu Keluarga

Dokumen Tambahan

(Bila meninggal karena sakit/Meninggal di Rumah Sakit)

- Asli/ Fotokopi yang dilegalisir Surat Keterangan Dokter/Resume Medis
- Asli/ Fotokopi yang dilegalisir Surat Keterangan Kematian dari Rumah Sakit

Meninggal karena Kecelakaan

- Asli/ Fotokopi yang dilegalisir Surat Keterangan Dokter/Resume Medis
- Asli/ Fotokopi yang dilegalisir Surat Keterangan Kecelakaan dari Kepolisian

DOKUMEN PENDUKUNG*

Jika Akta Kematian tidak ada:

- Asli/Fotokopi yang dilegalisir Surat Keterangan Kematian dari Pejabat Kelurahan atau Instansi yang berwenang
- Asli/Fotokopi yang dilegalisir Surat bukti pemakaman dari Dinas Pemakaman

Jika meninggal di Luar Negeri:

- Asli/Fotokopi yang dilegalisir Surat Keterangan Kematian dari pihak yang berwenang KBRI (Kedutaan Besar Republik Indonesia/Konsul Jenderal Republik Indonesia)

Dokumen Pendukung Lainnya:

- Asli/Fotokopi yang dilegalisir Surat Keterangan dari instansi yang berwenang tentang dugaan kuat bahwa tertanggung meninggal dunia apabila tertanggung hilang dalam suatu musibah
- Asli/Fotokopi yang dilegalisir Surat Berita Acara dari Kepolisian atau visum et repertum bila tertanggung meninggal dunia secara tidak wajar

*Dokumen klaim yang wajib dilampirkan pada produk grup dan AJK mengacu pada polis induk atau sertifikat asuransi.