

FORMULIR KLAIM MENINGGAL | DEATH CLAIM FORM

(Diisi Oleh Penerima Manfaat | Filled by Beneficiary)

Catatan | Notes:

- Semua bagian dalam formulir wajib diisi dengan lengkap sehingga klaim dapat diproses dengan cepat dan akurat.
All parts of the form must be filled out completely so that claims can be processed quickly and accurately.
- Setiap koreksi penulisan/pengisian dalam bentuk catatan atas formulir wajib ditandatangani oleh Penerima Manfaat.
Any corrections made to this form must be signed by the Beneficiary.
- Mohon untuk tidak menandatangani formulir dalam keadaan kosong/atau tidak terisi.
Please do not sign blank or unfilled.
- Klaim baru dapat di proses setelah dokumen lengkap dan benar kami terima (termasuk dokumen tambahan jika diperlukan). Hasil dari proses klaim akan kami sampaikan dalam waktu 14 hari kerja.
Claim can be processed after we received complete and correct documents (including additional document if needed). The result of claim process will be informed within 14 working days.

Dokumen Standar Pengajuan Klaim Meninggal <i>Health Claim Submission Standard Document</i>	Nomor Polis Policy Number <i>(dapat di isi lebih dari 1 polis jika klaim ditujukan kepada beberapa Polis can be filled more than 1 policy if claim for multiple Policies)</i>
<input type="checkbox"/> Formulir Klaim Meninggal (Bagian I) <i>Claim Form (Section I)</i>	1.
<input type="checkbox"/> Formulir Keterangan Dokter (Bagian II) <i>Doctor Statement (Section II)</i>	2.
<input type="checkbox"/> Akte Kematian dari Instansi yang berwenang (fotokopi legalisir) <i>Death Certificate from the competent authority (photocopy of legalized)</i>	3.
<input type="checkbox"/> Fotokopi KTP/Paspor dan KITAS (jika WNA) Tertanggung dan Penerima Manfaat <i>Photocopy of National ID card/Passport and KITAS (if foreigners) of the Insured and Beneficiaries</i>	4.
<input type="checkbox"/> Fotokopi Kartu Keluarga Tertanggung dan Penerima Manfaat <i>Photocopy of Family Card of the Insured and Beneficiary</i>	5.
<input type="checkbox"/> Fotokopi Kartu Pengenal/Akte Lahir Penerima Manfaat <i>Photocopy of Beneficiary Identification Card/Birth Certificate</i>	6.
<input type="checkbox"/> Surat Keterangan Meninggal dari KBRI jika meninggal di luar negeri (fotokopi legalisir) <i>Death Certificate from the Indonesian Embassy in case of death abroad (legalized photocopy)</i>	Jika Akte Kematian tidak ada If there is no Death Certificate
<input type="checkbox"/> Surat visum et repertum jika meninggal karena kecelakaan/tidak wajar (asli/fotokopi legalisir) <i>Visum et repertum letter if died due to accident/unnatural (original/legalized photocopy)</i>	
<input type="checkbox"/> Surat Keterangan Kepolisian jika meninggal karena kecelakaan/tidak wajar (asli/fotokopi legalisir) <i>Police certificate if death due to accident/unnatural (original/photocopy of legalized)</i>	
<input type="checkbox"/> Fotokopi Buku rekening / tangkapan layar nomor rekening dari aplikasi perbankan dari seluruh Penerima Manfaat sesuai polis (1 Penerima Manfaat 1 nomor rekening) <i>Photocopy account book / screenshot of account number from banking applications from all Beneficiaries according to policy (1 beneficiary 1 account number)</i>	
<input type="checkbox"/> Surat Keterangan Kematian dari Kelurahan setempat (asli/fotokopi legalisir) <i>Death Certificate from the local Village (original/legalized photocopy)</i>	<input type="checkbox"/> Surat Bukti Pemakaman dari Dinas Pemakaman (asli/fotokopi legalisir) <i>Funeral Proof of Funeral Service (original/photocopy of legalized)</i>
<input type="checkbox"/> Jenis Perawatan <i>Treatment type</i>	<input type="checkbox"/> Meninggal <i>Death</i>
<input type="checkbox"/> Pembebasan Premi <i>Waiver Premium</i>	<input type="checkbox"/> Lain-lain <i>Other</i>

BAGIAN I. PERNYATAAN PENERIMA MANFAAT/PEMOHON | SECTION I. BENEFICIARIES/CLAIMANT STATEMENT

Nama Lengkap <i>Full Name</i>																										
NIK <i>National ID No</i>																										
Hubungan Dengan Tertanggung <i>Relationship with the Insured</i>	<input type="checkbox"/> Anak <i>Child</i>	<input type="checkbox"/> Istri <i>Wife</i>	<input type="checkbox"/> Suami <i>Husband</i>	<input type="checkbox"/> Lain-lain <i>Other</i>	Mohon sebutkan <i>Please specify:</i>																					
Nomor Telepon <i>Telephone Number</i>																										
Alamat Surat Elektronik <i>E-mail Address</i>																										
Menyatakan dengan sebenarnya, bahwa: <i>I Stating truthfully, that:</i>																										
Nama Pemegang Polis <i>Policy Holder Name</i>																										
NIK Pemegang Polis <i>Policy Holder ID No</i>																										
Nama Tertanggung <i>Insured Name</i>																										
Pastikan nama Tertanggung sesuai yang terdaftar di dalam Polis atau Sertifikat Polis <i>Make sure the name of the Insured is as registered in the Policy or Policy Certificate</i>																										
NIK Tertanggung <i>Insured ID Card No</i>																										
Tanggal Lahir (dd-mm-yyyy) <i>Date of Birth (dd-mm-yyyy)</i>												Umur <i>Age</i>							Tahun <i>Year</i>					Jenis Kelamin <i>Sex</i>	<input type="checkbox"/> Laki-Laki <i>Male</i>	<input type="checkbox"/> Perempuan <i>Female</i>
Tanggal meninggal (dd-mm-yyyy) <i>Date of date (dd-mm-yyyy)</i>												Tempat meninggal <i>Place of date</i>														
Diagnosa / penyebab meninggal <i>Diagnosis / cause of death</i>																										
Berhubungan dengan kecelakaan? <i>Related to Accident?</i>	<input type="checkbox"/> Ya <i>Yes</i>	<input type="checkbox"/> Tidak <i>No</i>	<input type="checkbox"/> Tanggal Kecelakaan <i>Date of Accident</i>																							
	<input type="checkbox"/> Tempat Kecelakaan <i>Place of Incident</i>																									
Jelaskan Kronologis Meninggal atau Kecelakaan <i>Explain the Chronology of Death or Accident</i>																										

