

## Formulir Klaim Meninggal Dunia

Formulir ini harus diisi dan dilengkapi oleh Termaslahat dan dikembalikan kepada Penanggung dengan melampirkan berkas sebagai berikut :

1. Formulir Klaim Meninggal dunia
2. Surat Keterangan Dokter
3. Polis Asli / Sertifikat Asli
4. Surat Keterangan Meninggal Dunia dari Pamong Praja atau Rumah Sakit
5. Surat Keterangan Pemakaman atau Kremasi
6. Surat Keterangan Kejadian Kecelakaan dari Polisi (jika Kematian disebabkan karena kecelakaan)
7. Fotokopi kartu identitas Pemegang Polis, Tertanggung Dan Ahli Waris
8. Surat Kuasa Pemberian Informasi Rekam Medis
9. Dalam hal manfaat asuransi / uang pertanggungan harus dibayarkan kepada beberapa termaslahat, maka masing-masing termaslahat menguasakannya secara tertulis kepada seseorang atau badan untuk menerima manfaat asuransi dan selanjutnya Penanggung tidak bertanggung jawab atas pembagian di antara mereka.
10. Dokumen lain yang diperlukan (Fotokopi Surat Nikah, Kartu Keluarga, Akte Kelahiran, dll.)

Yang bertandatangan dibawah ini

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

Tanggal lahir : 



-



-







 tgl/bln/thn

Jenis Kelamin :  Laki-Laki  Perempuan

Alamat : \_\_\_\_\_

Nomor Telepon Rumah : \_\_\_\_\_ HP : \_\_\_\_\_

Hub dengan Tertanggung / :  Anak  Istri  Suami  Lain-Lain

### MENERANGKAN DENGAN SEBENARNYA, BAHWA

Nomor Polis :

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

No. Passport Tertanggung : \_\_\_\_\_

No. KTP Tertanggung : \_\_\_\_\_

Pekerjaan Tertanggung : \_\_\_\_\_

Tanggal lahir : 



-



-







 tgl/bln/thn

Jenis Kelamin :  Laki-Laki  Perempuan

Meninggal karena :  Sakit / Illness  Kecelakaan

Tanggal meninggal : 



-



-







 tgl/bln/thn

Tempat Meninggal :  Rumah Sakit \_\_\_\_\_  
 Rumah \_\_\_\_\_  
 Lain-lain \_\_\_\_\_

Tempat dimakamkan / dikremasi : \_\_\_\_\_

Tempat & Tanggal .....:

Yang Menyatakan,

Tanda tangan & Nama Jelas

#### **JIKA MENINGGAL DUNIA KARENA KECELAKAAN :**

Tanggal terjadi kecelakaan : \_\_\_\_\_

Tempat terjadi kecelakaan : \_\_\_\_\_

Rincian/kronologis terjadinya kecelakaan (Apabila kolom yang disediakan tidak mencukupi tambahkan keterangan dilembar tersendiri)

---



---

Rincian luka yang diderita : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nama dan alamat saksi mata kecelakaan :

Nama	Alamat	No Telp

#### **JIKA MENINGGAL DUNIA KARENA SAKIT :**

Tanggal pertama kali gejala penyakit diketahui : \_\_\_\_\_

Penyakit yang diderita : \_\_\_\_\_

Nama dokter / rumah sakit / klinik dimana Tertanggung pernah berkonsultasi / berobat untuk penyakitnya :

Tanggal Konsultasi	Nama Dokter	Nama & Alamat Rumah Sakit /Klinik

#### **JIKA MENINGGAL DUNIA DI LUAR NEGERI**

Apakah Tertanggung dimakamkan / dikremasi diluar Indonesia?  Ya  Tidak

Jika Ya, mohon sebutkan di Negara mana Tertanggung dimakamkan atau dikremasi

---

Nama Dokter dan alamat rumah sakit yang menyatakan Tertanggung meninggal dunia

---

Nama dan alamat saksi mata yang menyaksikan penguburan atau kremasi tersebut :

Nama	Alamat	No Telp

Apakah Tertanggung diasuransikan di perusahaan lain / :  Ya  Tidak

Nama Perusahaan Asuransi	No Polis	Uang Pertanggungan

Yang Menyatakan,

Tempat & Tanggal .....

Tanda tangan & Nama Jelas

Apabila klaim ini disetujui, pembayaran akan ditransfer ke Yang ditunjuk dalam Polis dengan nomor rekening :  
Bank : \_\_\_\_\_

Cabang : \_\_\_\_\_

Mata Uang : [ ] Rupiah [ ] US\$

No Rekening : \_\_\_\_\_

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

Pembayaran harus ditujukan kepada Yang Ditunjuk. Biaya transfer dalam US\$ dan biaya administrasi, yang dibebankan oleh Bank Penanggung dan Bank Penerima akan ditanggung oleh Penerima manfaat.

**Surat Kuasa Pemberian Informasi Rekam Medis**  
**Power of Attorney for Medical Records**

Yang bertandatangan dibawah ini / *The undersigned:*

Nama / Name : \_\_\_\_\_

Alamat / Address : \_\_\_\_\_

Hubungan dengan tertanggung  
*Relationship with the insured* : [ ] Anak Child [ ] Suami Husband [ ] Istri Wife [ ] Orang tua Parents [ ] Diri sendiri Own self

Nama Tertanggung/ *Insured Name* : \_\_\_\_\_

No Passport Tertanggung / *Insured Passport No* : \_\_\_\_\_

No KTP Tertanggung / *Insured ID No* : \_\_\_\_\_

Umur / Age : \_\_\_\_\_ tahun / Years

Alamat / Address : \_\_\_\_\_

Dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan atau Organisasi lainnya yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung, untuk memberitahukan kepada PT Great Eastern Life Indonesia atau mereka yang mendapat kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Tertanggung baik selama Tertanggung hidup atau telah meninggal dunia. Salinan dari pernyataan ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

*I hereby authorize any physician, clinic, hospital, public health centre, insurance company, legal institution, personal or other organizations that has any records or information on the deceased and health of the deceased whether the deceased was still alive or dead to give them to PT Great Eastern Life Indonesia or its authorized institution. A copy of this statement should be as valid and legal as the original.*

Tanggal / Date : \_\_\_\_\_

Tandatangan / Signature : \_\_\_\_\_

Nama Lengkap / Full Name : \_\_\_\_\_