

Formulir Klaim Meninggal Dunia

Formulir ini harus diisi dan dilengkapi oleh Termaalihat 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 termaalihat, maka masing-masing termaalihat 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 ☐ Suami ☐ Istri ☐ Orang tua ☐ Diri sendiri
Child Husband Wife Parents 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* : _____