

PENGAJUAN KLAIM ASURANSI JIWA

1. Jenis Asuransi Individual Business Group Business Bancassurance Business

2. Identitas Pemegang Polis & Tertanggung / Peserta

Nomor Polis :
 Nama Pemegang Polis :
 Nama Tertanggung/Peserta :
 Nama Bank Partner : (khusus Bancassurance)
 Nomor Peserta : (khusus Group/ Bancassurance)
 Alamat Korrespondensi :
 Nomor Telepon : Handphone : Rumah/Kantor :

3. Kelengkapan Dokumen Pengajuan Klaim (diisi oleh petugas)

Pengajuan Meninggal Asuransi Individu (Individual Business)	Pengajuan Meninggal Asuransi Kumpulan (Group Business)	Pengajuan Meninggal Asuransi Jiwa Kredit (Bancassurance Business)
<input type="checkbox"/> Asli Polis <input type="checkbox"/> Fotokopi Identitas diri dan Kartu Keluarga Tertanggung & Termaslahat* <input type="checkbox"/> Fotokopi legalisir Surat Keterangan meninggal dari instansi yang berwenang <input type="checkbox"/> Asli Formulir Surat Keterangan Dokter yang dikeluarkan oleh pihak Penanggung <input type="checkbox"/> Fotokopi Surat Keterangan sebab meninggal yang harus dilegalisasi oleh Konsulat Jenderal R.I. setempat apabila Tertanggung meninggal di luar wilayah Republik Indonesia <input type="checkbox"/> Asli Berita Acara dari Kepolisian dalam hal Tertanggung meninggal tidak wajar atau karena kecelakaan <input type="checkbox"/> Fotokopi legalisir Surat Keterangan Ahli Waris <input type="checkbox"/> Surat kuasa pembayaran Manfaat (jika termaslahat lebih dari satu) <input type="checkbox"/> Fotokopi legalisir Keterangan atau informasi resmi dari lembaga atau badan yang berwenang untuk menyatakan Tertanggung meninggal dunia, apabila Tertanggung hilang dalam suatu musibah <input type="checkbox"/> Asli Surat Kuasa kepada Penanggung untuk melihat dan melakukan analisis lebih lanjut terhadap dokumen medis Tertanggung asuransi <input type="checkbox"/> Keterangan-keterangan atau dokumen-dokumen lain yang dianggap perlu untuk Penanggung, sehubungan dengan pengajuan klaim tersebut	<input type="checkbox"/> Fotokopi Identitas diri dan Kartu Keluarga Tertanggung & Termaslahat* <input type="checkbox"/> Fotokopi legalisir Surat Keterangan meninggal dari instansi yang berwenang <input type="checkbox"/> Asli Formulir Surat Keterangan Dokter yang dikeluarkan oleh pihak Penanggung <input type="checkbox"/> Fotokopi Surat Keterangan sebab meninggal yang harus dilegalisasi oleh Konsulat Jenderal R.I. setempat apabila Tertanggung meninggal di luar wilayah Republik Indonesia <input type="checkbox"/> Asli Berita Acara dari Kepolisian dalam hal Tertanggung meninggal tidak wajar atau karena kecelakaan <input type="checkbox"/> Fotokopi legalisir Keterangan atau informasi resmi dari lembaga atau badan yang berwenang untuk menyatakan Tertanggung meninggal dunia, apabila Tertanggung hilang dalam suatu musibah <input type="checkbox"/> Asli Surat Kuasa kepada Penanggung untuk melihat dan melakukan analisis lebih lanjut terhadap dokumen medis Tertanggung asuransi <input type="checkbox"/> Keterangan-keterangan atau dokumen-dokumen lain yang dianggap perlu untuk Penanggung, sehubungan dengan pengajuan klaim tersebut	<input type="checkbox"/> Asli Formulir Pengajuan Klaim Asuransi Jiwa yang disediakan oleh Penanggung <input type="checkbox"/> Fotokopi Identitas diri dan Kartu Keluarga Tertanggung <input type="checkbox"/> Fotokopi legalisir Surat Keterangan meninggal dari instansi yang berwenang <input type="checkbox"/> Asli Formulir Surat Keterangan Dokter yang dikeluarkan oleh pihak Penanggung <input type="checkbox"/> Fotokopi Surat Keterangan sebab meninggal yang harus dilegalisasi oleh Konsulat Jenderal R.I. setempat apabila Tertanggung meninggal di luar wilayah Republik Indonesia <input type="checkbox"/> Asli Berita Acara dari Kepolisian dalam hal Tertanggung meninggal tidak wajar atau karena kecelakaan <input type="checkbox"/> Fotokopi legalisir Keterangan atau informasi resmi dari lembaga atau badan yang berwenang untuk menyatakan Tertanggung meninggal dunia, apabila Tertanggung hilang dalam suatu musibah <input type="checkbox"/> Informasi baki debit dan rekening koran pinjaman dari Bank <input type="checkbox"/> Asli Surat Kuasa kepada Penanggung untuk melihat dan melakukan analisis lebih lanjut terhadap dokumen medis Tertanggung asuransi <input type="checkbox"/> Keterangan-keterangan atau dokumen-dokumen lain yang dianggap perlu untuk Penanggung, sehubungan dengan pengajuan klaim tersebut

4. Data Penerima Pembayaran Klaim

Pembayaran dana klaim asuransi ini, mohon ditransfer ke rekening pada Bank : **

Nama Bank/Cabang/Kota :
 Nama Pemilik Rekening :
 Nomor Rekening :

Dengan ini saya menyatakan bahwa seluruh keterangan yang saya berikan pada dokumen pengajuan klaim asuransi ini adalah benar.

.....
 Hormat kami,

Pemegang Polis / Termaslahat ***

* Apabila Pemegang Polis adalah Badan Hukum harap lampirkan akta perubahan terakhir

** Apabila pembayaran dana klaim dibayarkan kepada pihak lain dan bukan Pemegang Polis dalam polis, maka harus dilengkapi dengan Surat Kuasa bermaterai

*** Apabila Pemegang Polis adalah Badan Hukum mohon disertakan stempel perusahaan

KHUSUS NASABAH INDIVIDU DIISI OLEH BRANCH SERVICES

Status Polis	<input type="text"/>	Diterima oleh :	<input type="text"/>	Diterima oleh :	<input type="text"/>
Area Pelayanan	<input type="text"/>	Branch Services Area/Unit	<input type="text"/>	CC Kantor Pusat	<input type="text"/>
Saldo Investasi	<input type="text"/>	Paraf & Tanggal	<input type="text"/>	Paraf & Tanggal	<input type="text"/>
Tanggal Mulai	<input type="text"/>	Nama :	<input type="text"/>	Nama :	<input type="text"/>
Tanggal pemb PL terakhir	<input type="text"/>	Catatan Penting Area/Unit :	<input type="text"/>	Catatan Penting CC Kantor Pusat :	<input type="text"/>
No. REG PL	<input type="text"/>				