

## P E N G A J U A N   K L A I M M E N I N G G A L   D U N I A   P E R T A N G G U N G A N   P E R O R A N G A N

### A. Diisi dan ditandatangani oleh yang ditunjuk sebagai penerima faedah asuransi.

1. Polis / Sertifikat Nomor : .....
- Nama Pemegang Polis / Sertifikat : .....
- No. Telp. Pemegang Polis : .....
- Nama Tertanggung : .....
- Alamat Tertanggung : .....
- Pekerjaan Terakhir Tertanggung : .....
- Nama Perusahaan Terakhir Tertanggung : .....
- Alamat Perusahaan Terakhir Tertanggung : .....
- No. Telp Perusahaan Terakhir Tertanggung : .....
  
2. Yang Mengajukan Klaim :
  - Nama : .....
  - Alamat Lengkap : .....
  - No. Telp / No. HP : .....
  - Hubungan Dengan Tertanggung : .....
  
3. Tertanggung Meninggal Dunia Tanggal : .....
- Tempat Meninggal>Nama Rumah Sakit : .....
- Sebab Meninggal Dunia : .....
- Tanggal Diagnosa Pertama Kali : .....
- Nama Dokter Yang Merawat : .....
- Nama Rumah Sakit : .....
- Jenis Penyakit : .....
- Nama Saksi Saat Meninggal : .....
- Hubungan Saksi Dengan Tertanggung : .....
- Nama Dokter Yang Biasa Dikunjungi : .....
- Alamat Dokter Yang Biasa Dikunjungi : .....
- Nomor Telp. Dokter Yang Biasa Dikunjungi : .....
- Nomor BPJS Tertanggung : .....

Nama & Alamat Dokter / RS Lain Yang Pernah Mengobati/Merawat Tertanggung :

No.	Dokter/Rumah Sakit	Jenis Penyakit	Diderita sejak
1.			
2.			
3.			

4. Dokumen-dokumen yang diserahkan :

1. Polis / Sertifikat asli
2. Bukti pembayaran premi terakhir
3. Copy tanda bukti diri dan Kartu Keluarga tertanggung & penerima manfaat Asuransi
4. Surat Kematian dari instansi berwenang
5. Surat keterangan sebab meninggal dunia dari dokter yang merawat Tertanggung
6. Catatan medis/resume medis tertanggung
7. Surat Keterangan/Berita Acara Kepolisian
8. Surat Kuasa pemaparan isi rekam medis dari ahli waris
9. Kronologis kematian dari ahli waris tertanggung diketahui Ketua RT/RW setempat yang dibuat diatas meterai apabila tertanggung meninggal dunia di rumah

5. Manfaat klaim agar ditransfer ke

**(wajib diisi dengan rekening atas nama pemegang polis/Penerima Manfaat serta melampirkan copy buku tabungan)**

Bank : .....

Unit/Cabang : .....

No. Rekening : .....

Atas Nama : .....

Saya yang bertandatangan di bawah ini sebagai ahliwaris Pasien yang sah, dengan ini memberi ijin kepada pihak Penyedia Pelayanan Kesehatan untuk menjelaskan semua informasi yang diperlukan kepada PT Asuransi Jiwasraya (Persero), yang sah telah saya beri kuasa untuk mendapatkan semua rekaman medis atau informasi lain yang diperlukan dari Penyedia Pelayanan Kesehatan atau pihak lain.

....., .....

(.....)  
Nama lengkap yang mengajukan klaim

**B. Diisi oleh Kantor Pusat / Kantor Wilayah / Kantor Cabang.**

1. Pelunasan premi selama 4 bulan terakhir :

<u>Premi utk. bln. per</u>	<u>Tgl. Pelunasan</u>	<u>Nomor K.D.</u>
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

2. Sisa pinjaman atas Penggadaian Polis : Rp.....

3. Bunga pinjaman lunas s/d. semester : .....

....., .....

Kepala Seksi Keuangan dan Umum

Kepala Seksi Operasional dan Penjualan

(.....)

(.....)

**C. Diisi oleh Kantor Pusat / Kantor Wilayah.**

CATATAN & SARAN :

PERTIMBANGAN :

DISPOSISI :