

## Formulir Klaim Meninggal Dunia – Pertanggung Perorangan **Death Claim Form – Individual Insurance**

Semua bagian dalam formulir ini WAJIB diisi dengan BENAR & LENGKAP sehingga klaim dapat diproses dengan cepat dan akurat. Terima kasih atas keriasamanya.  
All section in this form MUST be filled CORRECTLY & COMPLETELY in order to assure a fast and accurate claim processing. Thank you for your cooperation.

**A. ADMINISTRASI (Diisi dan ditandatangani oleh yang ditunjuk sebagai penerima faedah asuransi)**

**ADMINISTRATION (To be filled and signed by the person appointed as beneficiary)**

1. Polis / Sertifikat Nomor : .....  
*Policy / Certificate Number*
  
- Nama Pemegang Polis / Sertifikat : .....  
*Name of Policy / Certificate Holder*
  
- No. Telp. Pemegang Polis : .....  
*Policy Holder Phone Number*
  
- Nama Tertanggung : .....  
*Insured Name*
  
- Alamat Tertanggung : .....  
*Insured Address*
  
- Pekerjaan Terakhir Tertanggung : .....  
*Insured Latest Job*
  
- Nama Perusahaan Terakhir Tertanggung : .....  
*Insured Latest Company Name*
  
- Alamat Perusahaan Terakhir Tertanggung : .....  
*Insured Latest Company Address*
  
- No. Telp Perusahaan Terakhir Tertanggung : .....  
*Insured Latest Company Phone*
  
2. Yang Mengajukan Klaim :  
*Correspondent*
  
- Nama : .....  
*Name*
  
- Alamat Lengkap : .....  
*Address*
  
- No. Telp / No. HP : .....  
*Phone / Cell Number*
  
- Hubungan Dengan Tertanggung : .....  
*Relation to Insured*
  
3. Tertanggung Meninggal Dunia Tanggal : .....  
*Date of Insured death*
  
- Tempat Meninggal/Nama Rumah Sakit : .....  
*Place of Insured death/Name of Hospital*
  
- Sebab Meninggal Dunia : .....  
*Cause of death*
  
- Tanggal Diagnosa Pertama Kali : .....  
*Date of first diagnosis*
  
- Nama Dokter Yang Merawat : .....  
*Name of Doctor*
  
- Nama Rumah Sakit : .....  
*Name of hospital*
  
- Jenis Penyakit : .....  
*Type of disease*

Nama Saksi Saat Meninggal : .....  
*Witness name when death occur*

Hubungan Saksi Dengan Tertanggung : .....  
*Relation between witness and Insured*

Nama Dokter Yang Biasa Dikunjungi : .....  
*Name of Regularly Attended Doctor*

Alamat Dokter Yang Biasa Dikunjungi : .....  
*Address of Regularly Attended Doctor*

Nomor Telp. Dokter Yang Biasa Dikunjungi : .....  
*Phone of Regularly Attended Doctor*

Nomor BPJS Tertanggung : .....  
*Insured BPJS Number*

Nama & Alamat Dokter / RS Lain Yang Pernah Mengobati/Merawat Tertanggung:  
*Name & address of other Doctors/hospitals that cure/treat Insured:*

No.	<u>Dokter/Rumah Sakit</u> <i>Doctors/Hospitals</i>	<u>Jenis Penyakit</u> <i>Type of disease</i>	<u>Diderita sejak</u> <i>Suffered since</i>
1.			
2.			
3.			

4. Dokumen-dokumen yang diserahkan/ Attached documents:

1. Polis / Sertifikat asli/ *Original Policy/Certificate;*  Ada  Tidak\*
2. Bukti pembayaran premi terakhir/ *Latest premium payment receipt;*
3. Copy tanda bukti diri dan Kartu Keluarga Tertanggung & penerima manfaat Asuransi/ *Copy of ID Card and Family Register of Insured & Beneficiary;*
4. Surat Kematian dari instansi berwenang/ *Certificate of death from authorized institution;*
5. Surat keterangan sebab meninggal dunia dari dokter yang merawat Tertanggung/ *Letter of Cause of Death from Doctor who treat Insured;*
6. Catatan medis/resume medis Tertanggung/ *Insured medical record;*
7. Surat Keterangan/Berita Acara Kepolisian/ *Minutes of Police;*
8. Surat Kuasa pemaparan isi rekam medis dari ahli waris/ *Power of attorney about medical record content exposure from the heirs;*
9. Kronologis kematian dari ahli waris Tertanggung diketahui Ketua RT/RW setempat yang dibuat diatas meterai apabila Tertanggung meninggal dunia di rumah/ *Death chronology from Insured heirs acknowledged by authorized neighborhood made on the stamped letter if the Insured suffers from death at home.*

\* Apabila Polis Hilang, Wajib mengisi surat pernyataan kehilangan polis.

5. Manfaat klaim agar ditransfer ke/Claim benefit to be transferred to:

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

*(Must be filled in with the account in the name of Policy Holder/Beneficiary and attach copy of passbook)*

Bank/ *Bank* : .....

Unit/Cabang *Unit/Branch* : .....

No. Rekening/ *Account number* : .....

Atas Nama/ *Name* : .....

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.

*I, who signed this letter as legal heirs of patient hereby authorize Health Service Provider to deliver any information needed to PT Asuransi Jiwasraya (Persero), I authorized PT Asuransi Jiwasraya (Persero) to obtain all medical record or any information needed from Health Service Provider or other party.*

....., .....

(.....)

Nama lengkap yang mengajukan klaim  
*Full name of Correspondent*

**B. Diisi oleh Kantor Pusat / Agensi Servis Center**  
*Filled in by Head Office / Agency Service Center*

1. Pelunasan premi selama 4 bulan terakhir:  
*Premium payment for past 4 months:*

<u>Premi utk. bln. per</u> <i>Premium per month</i>	<u>Tgl. Pelunasan</u> <i>Date of payment</i>	<u>Nomor K.D.</u> <i>Number of K.D.</i>
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

2. Sisa pinjaman atas Penggadaian Polis : Rp.....  
*Loan remainder of Policy Mortgage*

3. Bunga pinjaman lunas s/d. semester : .....  
*Loan interest paid off to semester*

....., .....

Agency Service Center Assistant Manager

(.....)

---



---