



FORMULIR ISIAN KLAIM MENINGGAL DUNIA (Diisi oleh Ahli Waris)

PENTING

Syarat pengajuan klaim :

- Fotocopy identitas diri (KTP/SIM/Passport) Tertanggung
- Fotocopy identitas diri (KTP/SIM/Passport) Ahli Waris
- Fotocopy Kartu Keluarga
- Surat kuasa bermeterai (bila ahli waris terdiri lebih dari satu orang ahli waris)
- Surat keterangan dari Kepolisian (untuk penyebab klaim karena kecelakaan)
- Surat keterangan dari dokter yang merawat Tertanggung mengenai riwayat klaim (sesuai format PT AIA FINANCIAL)
- Surat Keterangan Kematian Asli dari Instansi Berwenang
- Surat Keterangan Visum et Repertum/autopsy asli (bila diperlukan)
- Polis Asli

YANG BERTANDATANGAN DI BAWAH INI

Nama Lengkap : _____

Tempat Tanggal Lahir : / /
tanggal bulan tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan

Alamat Korespondensi (wajib diisi) : Kompleks : _____
(Wajib diisi, bila alamat yang diberikan berbeda dengan data Penanggung/Perusahaan, maka Penanggung/Perusahaan akan melakukan perubahan alamat sesuai yang tertera dalam form ini)

Jalan : _____

Blok/Gang : _____ Rt/Rw : _____

Kelurahan : _____ Kota : _____ Kode Pos : _____

Telepon Rumah : () - kode area Hand Phone :

Telepon Kantor : () - kode area E-mail :

Hubungan dengan Tertanggung : Anak Istri Suami Lain-lain : _____

MENERANGKAN DENGAN SEBENARNYA, BAHWA

Nomor Polis :

Nama Tertanggung : _____

Tempat Tanggal Lahir : / /
tanggal bulan tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan

Telah Meninggal oleh karena : Sakit Kecelakaan Lain-lain : _____

Tanggal Meninggal : / / Jam : :
tanggal bulan tahun jam menit

Tempat Meninggal : Rumah Sakit Rumah Lain-lain : _____

Nama Dokter yang pernah dikunjungi berkaitan dengan klaim ini : _____

Berikan gambaran secara singkat dan jelas mengenai gejala / kejadiannya. Apabila kolom yang disediakan tidak mencukupi, tambahkan keterangan dilembar tersendiri

KETERANGAN LAIN - LAIN

Apakah Tertanggung diasuransikan di perusahaan asuransi lain ? Ya Tidak

Nama Perusahaan Asuransi : _____ Nomor Polis :

PERMINTAAN PEMBAYARAN MANFAAT ASURANSI

Apabila klaim disetujui, pembayaran akan ditransfer ke :

Mata Uang : Rupiah USD

Nama : _____

Bank / Cabang : _____

Nomor Rekening : _____

Tujuan atau alasan : _____
(Jika pembayaran tidak ke Pemegang Polis)

Hubungan dengan Tertanggung : _____

Pembayaran harus ditujukan kepada Ahli Waris / Yang Ditunjuk. Jika tidak, mohon agar Ahli Waris / Yang Ditunjuk tanda tangan diatas materai dengan mengisi tujuan / alasannya. Biaya transfer dalam USD, yang dibebankan oleh Bank Penanggung dan Bank Penerima ditanggung penerima.

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. Saya juga memahami bahwa jawaban dan keterangan tersebut di atas menjadi dasar Pertanggung dan tidak terpisahkan dari Polis yang diminta. 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, untuk memberitahukan kepada PT AIA FINANCIAL atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan saya baik selama saya hidup atau telah meninggal. Copy dari Surat Kuasa ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

Ditandatangani di :

/ /
tanggal bulan tahun

Tandatangan Ahli waris / Yang Ditunjuk



**SURAT KETERANGAN DOKTER / ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
KLAIM MENINGGAL DUNIA / DEATH CLAIM**

B

Nama pasien (Patient's name) Tanggal lahir / usia (Date of birth / age)	<input type="checkbox"/> Laki-laki (Male) <input type="checkbox"/> Wanita (Female) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> [] / [] / [] [] tahun (years) </div>
Nomor rekam medis (Medical report number)	
Tanggal perawatan / jumlah hari perawatan (Date of hospitalization / lengths of hospitalization)	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> [] / [] / [] s.d. (to) [] / [] / [] = [] hari (days) </div>
Riwayat penyakit dahulu (Previous medical history)	
Riwayat penyakit sekarang (Recent medical history)	
Diagnosa, atau dugaan diagnosa (Diagnose or pre diagnose)	
Diagnosa di atas berhubungan dengan (The diagnose relates to)	Kecelakaan (Accident) : <input type="checkbox"/> Ya (Yes) <input type="checkbox"/> Tidak (No) Obat terlarang (Drug abuse) : <input type="checkbox"/> Ya (Yes) <input type="checkbox"/> Tidak (No) HIV (AIDS) : <input type="checkbox"/> Ya (Yes) <input type="checkbox"/> Tidak (No)
Terapi atau tindakan (Therapy or treatment)	
Penyebab / penyakit yang mendasari (Cause / underlying disease)	
Penyebab / penyakit yang mendasari diderita sejak (The date of the caused / underlying diseases occurred)	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> [] / [] / [] </div>
Nama dan alamat Dokter yang merujuk (Name and address of referral Doctor)	
Apakah pasien pernah konsultasi / dirawat sebelumnya ? (Has the patient ever been consulted / hospitalized before) ? a. Tanggal (Date) b. Diagnosa (Diagnose) c. Nama Dokter (Doctor's name) d. Nama Rumah sakit (Hospital's name)	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> [] / [] / [] </div>
Tempat dan tanggal meninggal dunia (Place and date of death)	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> [] / [] / [] </div>
Penyebab atau dugaan sebab kematian (Cause or suspected cause of death)	
<p>Saya, sebagai Dokter yang menangani pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. (As the Doctor handling the care of the above-mentioned patient, I hereby state that I have read and answered the questions in this form clearly and completely.)</p> Nama Dokter : _____ (Doctor's name) Nama Rumah Sakit : _____ (Hospital's name) Alamat Rumah Sakit : _____ (Hospital's address) Tempat dan tanggal : _____ (Place and date)	
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> [] / [] / [] </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> Tamdatangan dan nama Dokter (Signature and Doctor's name) </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> Stempel Rumah Sakit (Stamp of hospital) </div> </div>



FORMULIR ISIAN KLAIM MENINGGAL DUNIA (Diisi oleh Ahli Waris)

PENTING

Syarat pengajuan klaim :

- Fotocopy identitas diri (KTP/SIM/Passport) Tertanggung
- Fotocopy identitas diri (KTP/SIM/Passport) Ahli Waris
- Fotocopy Kartu Keluarga
- Surat kuasa bermeterai (bila ahli waris terdiri lebih dari satu orang ahli waris)
- Surat keterangan dari Kepolisian (untuk penyebab klaim karena kecelakaan)
- Surat keterangan dari dokter yang merawat Tertanggung mengenai riwayat klaim (sesuai format PT AIA FINANCIAL)
- Surat Keterangan Kematian Asli dari Instansi Berwenang
- Surat Keterangan Visum et Repertum/autopsi asli (bila diperlukan)
- Polis Asli

YANG BERTANDATANGAN DI BAWAH INI

Form fields for personal information: Nama Lengkap, Tempat Tanggal Lahir, Jenis Kelamin, Alamat Korespondensi (wajib diisi), Jalan, Blok/Gang, Kelurahan, Kola, Kode Pos, R/Rw, Telepon Rumah, Hand Phone, Telepon Kantor, E-mail, Hubungan dengan Tertanggung.

MENERANGKAN DENGAN SEBENARNYA, BAHWA

Form fields for insurance details: Nomor Polis, Nama Tertanggung, Tempat Tanggal Lahir, Jenis Kelamin, Telah Meninggal oleh karena, Tanggal Meninggal, Tempat Meninggal, Nama Dokter yang pernah dikunjungi berkaitan dengan klaim ini.

Berikan gambaran secara singkat dan jelas mengenai gejala / kejadiannya. Apabila kolom yang disediakan tidak mencukupi, tambahkan keterangan dilembar tersendiri

KETERANGAN LAIN - LAIN

Form fields for additional information: Apakah Tertanggung diasuransikan di perusahaan asuransi lain?, Nama Perusahaan Asuransi, Nomor Polis.

PERMINTAAN PEMBAYARAN MANFAAT ASURANSI

Form fields for insurance payment request: Apabila klaim disetujui, pembayaran akan ditransfer ke: Mata Uang, Nama, Bank / Cabang, Nomor Rekening, Tujuan atau alasan, Hubungan dengan Tertanggung.

Pembayaran harus ditujukan kepada Ahli Waris / Yang Ditunjuk. Jika tidak, mohon agar Ahli Waris / Yang Ditunjuk tanda tangan diatas materai dengan mengisi tujuan / alasannya. Biaya transfer dalam USD, yang dibebankan oleh Bank Penanggung dan Bank Penerima ditanggung penerima.

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. Saya juga memahami bahwa jawaban dan keterangan tersebut di atas menjadi dasar Pertanggungan dan tidak terpisahkan dari Polis yang diminta. 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/kekosahatan, untuk memberitahukan kepada PT AIA FINANCIAL atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kekosahatan saya baik selama saya hidup atau telah meninggal. Copy dari Surat Kuasa ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

Signature line: Ditandatangani di: [Date field] Tanda tangan Ahli waris / Yang Ditunjuk



**SURAT KETERANGAN DOKTER / ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
KLAIM MENINGGAL DUNIA / DEATH CLAIM**

B

Nama pasien (Patient's name) Tanggal lahir / usia (Date of birth / age)	<input type="checkbox"/> Laki-laki (Male) <input type="checkbox"/> Wanita (Female) tanggal (dd) / bulan (mm) / tahun (yy) tahun (years)
Nomor rekam medis (Medical report number)	
Tanggal perawatan / jumlah hari perawatan (Date of hospitalization / lengths of hospitalization)	tanggal (dd) / bulan (mm) / tahun (yy) s.d. (to) tanggal (dd) / bulan (mm) / tahun (yy) = hari (days)
Riwayat penyakit dahulu (Previous medical history)	
Riwayat penyakit sekarang (Recent medical history)	
Diagnosa, atau dugaan diagnosa (Diagnose or pre diagnose)	
Diagnosa di atas berhubungan dengan (The diagnose relates to)	Kecelakaan (Accident) : <input type="checkbox"/> Ya (Yes) <input type="checkbox"/> Tidak (No) Obat terlarang (Drug abuse) : <input type="checkbox"/> Ya (Yes) <input type="checkbox"/> Tidak (No) HIV (AIDS) : <input type="checkbox"/> Ya (Yes) <input type="checkbox"/> Tidak (No)
Terapi atau tindakan (Therapy or treatment)	
Penyebab / penyakit yang mendasari (Cause / underlying disease)	
Penyebab / penyakit yang mendasari diderita sejak (The date of the caused / underlying diseases occured)	tanggal (dd) / bulan (mm) / tahun (yy)
Nama dan alamat Dokter yang merujuk (Name and address of referral Doctor)	
Apakah pasien pernah konsultasi / dirawat sebelumnya ? (Has the patient ever been consulted / hospitalized before) ? a. Tanggal (Date) b. Diagnosa (Diagnose) c. Nama Dokter (Doctor's name) d. Nama Rumah sakit (Hospital's name)	tanggal (dd) / bulan (mm) / tahun (yy)
Tempat dan tanggal meninggal dunia (Place and date of death)	tanggal (dd) / bulan (mm) / tahun (yy)
Penyebab atau dugaan sebab kematian (Cause or suspected cause of death)	
Saya, sebagai Dokter yang menangani pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. (As the Doctor handling the care of the above-mentioned patient, I hereby state that I have read and answered the questions in this form clearly and completely.)	
Nama Dokter : (Doctor's name) Nama Rumah Sakit : (Hospital's name) Alamat Rumah Sakit : (Hospital's address) Tempat dan tanggal : (Place and date)	_____ Tamdatangan dan nama Dokter (Signature and Doctor's name) _____ Stempel Rumah Sakit (Stamp of hospital)



FORMULIR ISIAN KLAIM MENINGGAL DUNIA (Diisi oleh Ahli Waris)

PENTING

Syarat pengajuan klaim :

- Fotocopy identitas diri (KTP/SIM/Passport) Tertanggung
- Fotocopy identitas diri (KTP/SIM/Passport) Ahli Waris
- Fotocopy Kartu Keluarga
- Surat kuasa bermeterai (bila ahli waris terdiri lebih dari satu orang ahli waris)
- Surat keterangan dari Kepolisian (untuk penyebab klaim karena kecelakaan)
- Surat keterangan dari dokter yang merawat Tertanggung mengenai riwayat klaim (sesuai format PT AIA FINANCIAL)
- Surat Keterangan Kematian Asli dari Instansi Berwenang
- Surat Keterangan Visum et Repertum/autopsy asli (bila diperlukan)
- Polis Asli

YANG BERTANDATANGAN DI BAWAH INI

Nama Lengkap : _____

Tempat Tanggal Lahir : / /
tanggal bulan tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan

Alamat Korespondensi (wajib diisi) : Kompleks : _____
(Wajib diisi, bila alamat yang diberikan berbeda dengan data Penanggung/Perusahaan, maka Penanggung/Perusahaan akan melakukan perubahan alamat sesuai yang tertera dalam form ini)

Jalan : _____

Blok/Gang : _____ R/Rw : _____

Kelurahan : _____ Kota : _____ Kode Pos : _____

Telepon Rumah : (kode area) - _____ Hand Phone : _____

Telepon Kantor : (kode area) - _____ E-mail : _____

Hubungan dengan Tertanggung : Anak Istri Suami Lain-lain : _____

MENERANGKAN DENGAN SEBENARNYA, BAHWA

Nomor Polis :

Nama Tertanggung : _____

Tempat Tanggal Lahir : / /
tanggal bulan tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan

Telah Meninggal oleh karena : Sakit Kecelakaan Lain-lain : _____

Tanggal Meninggal : / / Jam : :
tanggal bulan tahun jam menit

Tempat Meninggal : Rumah Sakit Rumah Lain-lain : _____

Nama Dokter yang pernah dikunjungi berkaitan dengan klaim ini : _____

Berikan gambaran secara singkat dan jelas mengenai gejala / kejadiannya. Apabila kolom yang disediakan tidak mencukupi, tambahkan keterangan dilembar tersendiri

KETERANGAN LAIN - LAIN

Apakah Tertanggung diasuransikan di perusahaan asuransi lain ? Ya Tidak

Nama Perusahaan Asuransi : _____ Nomor Polis : _____

PERMINTAAN PEMBAYARAN MANFAAT ASURANSI

Apabila klaim disetujui, pembayaran akan ditransfer ke :

Mata Uang : Rupiah USD

Nama : _____

Bank / Cabang : _____

Nomor Rekening : _____

Tujuan atau alasan : _____
(Jika pembayaran tidak ke Pemegang Polis)

Hubungan dengan Tertanggung : _____

Pembayaran harus ditujukan kepada Ahli Waris / Yang Ditunjuk. Jika tidak, mohon agar Ahli Waris / Yang Ditunjuk tanda tangan diatas materai dengan mengisi tujuan / alasannya. Biaya transfer dalam USD, yang dibebankan oleh Bank Penanggung dan Bank Penerima ditanggung penerima.

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. Saya juga memahami bahwa jawaban dan keterangan tersebut di atas menjadi dasar Pertanggung dan tidak lepasahkan dari Polis yang diminta. Dengan ini saya memberi kuasa kepada soplat Doktor, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan atau Organisasi lainnya, yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kehatan, untuk memberitahukan kepada PT AIA FINANCIAL atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kehatan saya baik selama saya hidup atau telah meninggal. Copy dari Surat Kuasa ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

Ditandatangani di :

/ /
tanggal bulan tahun

_____ Tandatangan Ahli waris / Yang Ditunjuk



**SURAT KETERANGAN DOKTER / ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT
KLAIM MENINGGAL DUNIA / DEATH CLAIM**

B

Nama pasien (Patient's name) Tanggal lahir / usia (Date of birth / age)	<input type="checkbox"/> Laki-laki (Male) <input type="checkbox"/> Wanita (Female) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> [] / [] / [] [] tahun (years) </div>
Nomor rekam medis (Medical report number)	
Tanggal perawatan / jumlah hari perawatan (Date of hospitalization / lengths of hospitalization)	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> [] / [] / [] s.d. (to) [] / [] / [] = [] hari (days) </div>
Riwayat penyakit dahulu (Previous medical history)	
Riwayat penyakit sekarang (Recent medical history)	
Diagnosa, atau dugaan diagnosa (Diagnose or pro diagnose)	
Diagnosa di atas berhubungan dengan (The diagnose relates to)	Kecelakaan (Accident) : <input type="checkbox"/> Ya (Yes) <input type="checkbox"/> Tidak (No) Obat terlarang (Drug abuse) : <input type="checkbox"/> Ya (Yes) <input type="checkbox"/> Tidak (No) HIV (AIDS) : <input type="checkbox"/> Ya (Yes) <input type="checkbox"/> Tidak (No)
Terapi atau tindakan (Therapy or treatment)	
Penyebab / penyakit yang mendasari (Cause / underlying disease)	
Penyebab / penyakit yang mendasari diderita sejak (The date of the caused / underlying diseases occurred)	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> [] / [] / [] </div>
Nama dan alamat Dokter yang merujuk (Name and address of referral Doctor)	
Apakah pasien pernah konsultasi / dirawat sebelumnya? (Has the patient ever been consulted / hospitalized before)? a. Tanggal (Date) b. Diagnosa (Diagnose) c. Nama Dokter (Doctor's name) d. Nama Rumah sakit (Hospital's name)	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> [] / [] / [] </div>
Tempat dan tanggal meninggal dunia (Place and date of death)	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> [] / [] / [] </div>
Penyebab atau dugaan sebab kematian (Cause or suspected cause of death)	
<p>Saya, sebagai Dokter yang menangani pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. (As the Doctor handling the care of the above-mentioned patient, I hereby state that I have read and answered the questions in this form clearly and completely.)</p> Nama Dokter : _____ (Doctor's name) Nama Rumah Sakit : _____ (Hospital's name) Alamat Rumah Sakit : _____ (Hospital's address) Tempat dan tanggal : _____ (Place and date)	

Tandatangan dan nama Dokter
(Signature and Doctor's name)

Stempel Rumah Sakit
(Stamp of hospital)