

- FORMULIR INI HARUS DIISI DENGAN LENGKAP, BENAR DAN JELAS. KLAIM HANYA DAPAT DIPROSES BILA SEMUA DOKUMEN TELAH DILENGKAPI.
 THIS FORM SHOULD BE FILLED IN CORRECTLY, COMPLETELY AND CLEARLY. CLAIM IS ONLY GOING TO BE PROCESSED IF ALL SUPPORTING DOCUMENTS ARE ATTACHED
- SURAT KEMATIAN (ASLI), SURAT PEMAKAMAN/KREMASI (ASLI) DAN SURAT KETERANGAN DARI KEPOLISIAN (ASLI) BILA MENINGGAL DUNIA SECARA TIDAK WAJAR. HARAP DILAMPIRKAN.
 CERTIFICATE OF DEATH (ORIGINAL), CERTIFICATE OF FUNERAL/CREMATION (ORIGINAL) AND STATEMENT LETTER FROM POLICE IF DIED UNNATURALLY (ORIGINAL), SHOULD BE ATTACHED.



KETERANGAN KEPESERTAAN POLIS

INFORMATION ON

Yang bertanda-tangan dibawah ini
 Herewith undersign below

Nama Pengaju Klaim :
 Name of Claimant

Tanggal Lahir : / / (tgl/bln/thn) **Usia** : Tahun
 Date of Birth (dd/mm/yy) Age: Year

Jenis Kelamin : Pria Wanita
 Sex: Male Female

Alamat Lengkap :
 Full Address

Kode Pos
 Zip Code

Kota **Negara**
 City Country

Nomor Telepon : -
 Phone Number

Hubungan dengan Peserta : Anak Istri Suami Lain-lain :
 Relationship with Participant Child Wife Husband Others

Menerangkan dengan sebenarnya bahwa:
 Certify truly that:

Pemegang Polis * :
 Policy Holder

Nomor Polis * :
 Policy Number

Nomor Sertifikat :
 Participant Number

Nama Peserta :
 Participant's Name

Tanggal Lahir : / / (tgl/bln/thn) **Usia** : Tahun
 Date of Birth (dd/mm/yy) Age: Year

Jenis Kelamin : Pria Wanita
 Sex: Male Female

Telah meninggal dunia pada hari/tanggal (tanggal-bulan-tahun): / /
 Has died on day/date (date-month-year)

Waktu pukul : :
 Time on:

Tempat kejadian : Rumah Rumah Sakit Tempat lain:
 Location: Home Hospital Other Places:

* Diisi oleh Pemegang Polis
 Fill by the Policy Holder

Sebab – sebab meninggal dunia:
 Causes of death:

Kecelakaan, sebab
 Accident, cause

Melahirkan / Kehamilan
 Delivery / Pregnancy

Pekerjaan Peserta
Participant's Job

--

Sakit. Nama Penyakit yang
diderita
Illness. Name of Illness

--

Sejak kapan penyakit
diderita
Since when the illness
suffered

--

Kronologis kejadian sebelum peserta meninggal dunia:
The chronology of event before Participant died

--

Nama Dokter
Name of Doctor

--

Alamat Lengkap
Full Address

--

--

Kode Pos
Zip Code

--

Kota
(City)

--

Negara
(Country)

--

(Berikan gambaran sejelas mungkin dalam menceritakan kronologis kejadian. Apabila kolom yang disediakan tidak cukup, mohon menggunakan lembar terpisah)

(Please describe clearly in telling the chronology of the event. If space provided is insufficient, please use a separate sheet)

--

Saya sebagai Pengaju klaim menyatakan bahwa :

I as a Claimant declare that

Saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar. Dengan ini saya memberi kuasa kepada Penanggung untuk mengumpulkan, menggunakan dan mengungkapkan data atau informasi dari Dokter, rumah sakit, klinik, Puskesmas Penyidik klaim, lembaga keuangan, pihak reasuransi, asosiasi industri, badan hukum, baik didalam maupun diluar negeri yang mempunyai data atau informasi atau mengetahui segala keterangan mengenai diri dan keadaan kesehatan Peserta untuk tujuan proses pembayaran klaim, untuk tujuan pencegahan anti pencucian uang, suap dan anti-teroris atau terkait dengan sanksi ekonomi, yang berkaitan dengan setiap pidana/perdata atau proses abritasi, investigasi, audit atau pemeriksaan (termasuk penyelidikan internal, audit atau pemeriksaan) yang Penanggung, afiliasi, karyawan atau agen dikenakan atau untuk tujuan lain sebagaimana yang diperkenankan oleh pedoman Penanggung dan kode etik Penanggung, hukum dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

I have read, understood and answered all the questions above completely and correctly. I hereby authorize Insurer to collect, use and disclose data or information regarding any physician, hospital, clinic, public health, claim investigator, financial institution, reinsurance, industry association, and other legal institution, both within and outside the country which have data or information or knowing any description about and health statement of participant for the purpose of processing the payment of claims, for the purpose of prevention of anti-money laundering, bribery and anti-terrorist or relating to economic sanctions, relating to any criminal/civil or arbitral proceedings, investigations, audits or reviews (including internal investigations, audits or reviews) to which Insurer, its affiliation, employee or agent is subject to or for other purposes as permitted by the applicable Insurer guidelines and Insurer codes of conduct, laws and regulations.

Ditandatangani di:
Signed in:

--

Tanggal:
Date:

	/		/		
--	---	--	---	--	--

(Tgl/Bln/Thn)
(Date/Month/Year)

Dibuat oleh
(Signature)

(Tanda tangan Pengaju klaim)
(Signature - name of Claimant)

(Tanda tangan, nama Pemegang Polis)
(Signature, name of Policy Holder)

B**KETERANGAN DOKTER**
MEDICAL HISTORY

(diisi oleh dokter yang merawat)
(filled in by doctor-in-charge)

Nama Pasien :

Apakah pasien dirawat inap?
Did patient hospitalized?

Ya. Indikasi rawat inap :
Yes. Indication of hospitalization

Tidak
No

Apakah pasien mendapatkan perawatan di ruang Unit Gawat Darurat (UGD)?
Did patient have Emergency Room (ER) treatment?

Tidak
No

Ya
Yes

Berapa lama? :
How long?

Tindakan yang dilakukan :
Actions taken:

Tanggal Perawatan : / / s.d. / / (tgl/bln/thn)
Date of Treatment: (dd mm/yy)

Gejala pada saat masuk RS :
Symptoms when entering the Hospital:

Tanggal gejala pertama kali diketahui : / / (tgl/bln/thn)
Date of symptom was first acknowledged (dd mm/yy)

Pasien pertama kali berobat untuk penyakit tersebut:
First medical treatment related to the illness:

Tanggal : / /
Date

Nama Dokter :
Name of Doctor

Alamat Lengkap:
Full Address:
Kode Pos
Zip Code
Kota Negara
City Country

Pasien meninggal dunia : Kecelakaan Pekerjaan pasien Kehamilan / Melahirkan
kerena Accident Patient's job Pregnancy / Delivery
Patient died because
 kelainan bawaan Lain-lain
Congenital Other

Riwayat penyakit dahulu (sebutkan nama penyakit, kapan mulai diderita, pengobatan yang diberikan dan nama dokter yang merawat):
History of illness (please describe the name of disease, date of illness was first acknowledged, treatment and name of Doctor in charge):

