



## FORMULIR ISIAN KLAIM MENINGGAL (Diisi oleh Yang Ditunjuk)

### PENTING : Persyaratan Klaim

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Polis Asli<br><input type="checkbox"/> Surat kuasa permintaan data medis<br><input type="checkbox"/> Formulir isian Klaim Meninggal dari dokter yang merawat Tertanggung/Peserta<br><input type="checkbox"/> Surat Keterangan Kematian Asli dari Instansi Berwenang<br><input type="checkbox"/> Fotocopy identitas diri (KTP/SIM/Passport) Tertanggung / Peserta | <input type="checkbox"/> Fotocopy identitas diri (KTP/SIM/Passport) Yang Ditunjuk<br><input type="checkbox"/> Fotocopy Kartu Keluarga Tertanggung / Peserta dan Yang Ditunjuk<br><input type="checkbox"/> Surat keterangan asli dari Kepolisian (untuk penyebab kematian karena kecelakaan)<br><input type="checkbox"/> Surat kuasa bermaterai (bila Yang Ditunjuk terdiri lebih dari satu orang)<br><input type="checkbox"/> Surat Keterangan <i>Visum et Repertum</i> /autopsy asli (bila diperlukan) |
|---|---|

### 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 lakukan perubahan alamat sesuai yang tertera dalam form ini)

Jalan : \_\_\_\_\_  
 Blok/Gang : \_\_\_\_\_ RT/RW : \_\_\_\_\_  
 Kelurahan/Desa : \_\_\_\_\_ Kota/Kabupaten : \_\_\_\_\_ Kode Pos : \_\_\_\_\_  
 Telepon Rumah : (  ) - \_\_\_\_\_ Hand Phone : \_\_\_\_\_  
kode area  
 Telepon Kantor : (  ) - \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_  
kode area

Hubungan dengan Tertanggung :  Anak  Istri  Suami  Lain-lain : \_\_\_\_\_

#### MENERANGKAN DENGAN SEBENARNYA, BAHWA

Nomor Polis :

Nama Tertanggung / Peserta :

Tempat Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_ /  /  /   
tanggal bulan tahun

Jenis Kelamin :  Laki-laki  Perempuan

Meninggal 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 di lembar tersendiri

Mohon sebutkan nama Rumah Sakit / Klinik / Puskesmas yang pernah dikunjungi Tertanggung/Peserta untuk menjalani pengobatan

### KETERANGAN LAIN - LAIN (Wajib diisi - Apabila bagian ini tidak diisi, maka pengajuan klaim tidak dapat kami proses)

Apakah Tertanggung/Peserta Perokok ?  Ya  Tidak Sejak : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
tanggal bulan tahun

Apakah Tertanggung/Peserta diasuransikan di perusahaan asuransi lain ?  Ya  Tidak

Nama Perusahaan Asuransi : \_\_\_\_\_ Nomor Polis :

Apakah Anda terdaftar sebagai wajib pajak di Negara lain ?  Ya  Tidak \*) Jika Ya, Wajib isi Formulir CRS yang ada di website : <http://www.aia-financial.co.id>

### PERMINTAAN PEMBAYARAN MANFAAT ASURANSI

Apabila klaim disetujui, pembayaran ditransfer ke :

Mata Uang :  Rupiah  USD

Nama Pemilik Rekening :

Bank / Cabang :

Nomor Rekening :

- Pembayaran harus ditujukan kepada Yang Ditunjuk / Yang Dikuasakan. Jika tidak, mohon Yang Ditunjuk / Yang Dikuasakan tanda tangan surat pernyataan diatas materai dengan mengisi tujuan / alasannya.  
 - Pembayaran Manfaat Polis selain Manfaat Meninggal bagi nasabah CITIBANK, akan ditransfer ke rekening sebagaimana tercantum dalam SPAJ / SKDR.

Saya/Kami dengan ini mengakui dan menyatakan Pemegang Polis dan/atau Tertanggung telah memberikan kuasa dan wewenang kepada setiap Tenaga Medis/Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas dan atau Laboratorium, perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi, badan, instansi/lembaga atau pihak lain yang mempunyai catatan riwayat kesehatan atau informasi lain mengenai diri Pemegang Polis dan/atau Tertanggung, untuk mengungkapkan kepada Penanggung semua catatan riwayat kesehatan atau informasi lain mengenai diri Pemegang Polis dan/atau Tertanggung yang tidak dapat ditarik kembali atau dibatalkan berhubungan dengan riwayat kesehatan, Penyakit atau perawatan atau informasi lain mengenai diri Pemegang Polis dan/atau Tertanggung untuk diberikan kepada Penanggung.

Saya/Kami menyatakan dengan sebenarnya bahwa semua pernyataan dan jawaban didalam Formulir Klaim ini termasuk pernyataan dan jawaban dalam setiap pertanyaan kesehatan, formulir tambahan yang diperlukan dan/atau perubahannya adalah lengkap, akurat dan sesuai dengan keadaan sebenarnya. Saya/Kami menyetujui bahwa apabila pernyataan dan jawaban di Formulir Klaim ini tidak benar, maka Penanggung berhak tidak membayarkan klaim, sesuai dengan ketentuan yang berlaku pada Polis.

Saya/Kami menyatakan bahwa segala dokumen kelengkapan untuk persyaratan klaim menjadi hak Penanggung sejak diserahkan kepada Penanggung untuk pengajuan klaim ini.

Ditandatangani di :

/  /   
tanggal bulan tahun

Tandatangan Yang Ditunjuk / Yang Dikuasakan