



FORMULIR ISIAN KLAIM MENINGGAL (Diisi oleh Yang Ditunjuk)

PENTING : Persyaratan Klaim

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