CHUBB

Formulir Pengajuan Klaim

No. Polis	
Kode Agen	
Kantor Cabang/Pemasaran	

DAFTAR DOKUMEN

- [ ] Formulir pengajuan klaim yang telah diisi dengan lengkap dan telah ditandatangani
- [ ] Bukti penerima manfaat (Kartu keluarga/Akte kelahiran/Akte nikah...)
- [ ] Formulir Keterangan Kesehatan Klaim dengan stempel Rumah Sakit dan tanda tangan dokter
- [ ] Kuitansi asli
- [ ] Fotokopi kartu identitas Pemegang Polis/Tertanggung atau Peserta/Ahli waris yang masih berlaku
- [ ] Fotokopi kartu peserta (Untuk Klaim Rumah Sakit)
- [ ] Fotokopi NPWP (jika ada)
- [ ] Surat keterangan kecelakaan dari polisi (Untuk kecelakaan)
- [ ] Rincian biaya perawatan (Jasa dokter/obat2an/penunjang diagnostik)
- [ ] Polis Asli (Untuk klaim meninggal)
- [ ] Surat keterangan kematian dari instansi yang berwenang
- [ ] Surat keterangan Pemakaman/Kremasi
- [ ] Hasil pemeriksaan penunjang (Laboratorium, Radiologi, EKG, dll
- [ ] Dokumen lain yang perlu
- [ ]

UNTUK KEPENTINGAN PERUSAHAAN

KANTOR CABANG/PEMASARAN

- [ ] Diterima Admin Cabang — Paraf
- [ ] Registrasi — Paraf
- [ ] Dikirim ke kantor pusat — Paraf
- [ ] Diterima kantor pusat — Paraf

KANTOR PUSAT

- [ ] Diterima CS — Paraf
- [ ] Scan — Paraf
- [ ] Registrasi admin klaim — Paraf
- [ ] Kelengkapan dokumen — Paraf
- [ ] Kirim ke TPA — Paraf
- [ ] Terima dari TPA — Paraf
- [ ] Verifikasi data — Paraf
- [ ] Setuju/Tolak/Batal — Paraf
- [ ] Diterima Finance — Paraf
- [ ] Pembayaran — Paraf

CATATAN

Note: Penulisan tanggal: hh/bb/tttt

Formulir Pengajuan Klaim

A. DATA PENGAJUAN KLAIM

Jenis Klaim ☐ Klaim Meninggal ☐ Klaim Rumah Sakit ☐ Lainnya _____

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

1. Nama
2. Kartu Identitas ☐ KTP ☐ SIM ☐ Paspor ☐ Lainnya
3. No. Kartu Identitas
4. Alamat

Kota Kode Pos

5. Telepon Rumah/Kantor /
6. Handphone – Email
7. Hubungan dengan Tertanggung atau Peserta

Mengajukan klaim peserta Asuransi Jiwa PT Chubb Life Insurance Indonesia dengan data sebagai berikut :

1. Nama Tertanggung atau Peserta
2. Kartu Identitas ☐ KTP ☐ SIM ☐ Paspor ☐ Akta Kelahiran (Jika Tertanggung atau Peserta < 17 tahun)
3. No. Kartu Identitas
4. Nomor Polis
5. Apakah sedang dalam pengajuan PPAJ? ☐ Tidak ☐ Ya, PPAJ No. /
6. Cara pembayaran atas dana klaim yang diajukan

☐ Transfer Nama Pemilik Rekening Nama Bank

No. Rekening Cabang/Kota

B. DATA PENYEBAB TERJADINYA KLAIM

1. Klaim Meninggal : Tanggal Kematian

Penyebab Kematian

2. Klaim Rumah Sakit : Tanggal Perawatan s/d

Penyebab Kematian ☐ Sakit ☐ Kecelakaan

Berikan gambaran secara singkat dan jelas mengenai kejadian/gejalanya :

3. Klaim Lainnya Tanggal

Penyebab Klaim

4. Apakah Tertanggung atau Peserta diasuransikan di perusahaan asuransi lain? ☐ Tidak ☐ Ya, jika ya sebutkan :

Nama Perusahaan	Nomor Polis	Uang Pertanggungan

PERNYATAAN PIHAK YANG MENGAJUKAN KLAIM

a. Sehubungan dengan pengajuan klaim ini, maka saya memberikan kuasa kepada PT Chubb Life Insurance Indonesia untuk memperoleh/mempertanyakan/mengetahui dari rumah sakit/klinik/dokter/pihak lain yang mempunyai catatan/informasi mengenai keadaan/riwayat kesehatan/pengobatan/perawatan rumah sakit/keterangan lain mengenai diri saya.

b. Keterangan yang saya berikan dalam Formulir Pengajuan Klaim ini saya buat dengan sebenar-benarnya untuk selanjutnya diserahkan kepada PT Chubb Life Insurance Indonesia, untuk memenuhi ketentuan dan persyaratan yang diperlukan untuk penyelesaian klaim.

Ditandatangani di _____ tanggal _____ 20____

_____
Nama

PT Chubb Life Insurance Indonesia terdaftar dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan.
©2016 Chubb. Coverages underwritten by one or more subsidiary companies. Not all coverages available in all jurisdictions. ACE®, Chubb®, their respective logos, and Chubb.Insured.? are protected trademarks of Chubb.

Chubb. Insured.℠