



Formulir Pengajuan Klaim

No. Polis	
Kode Agen	
Kantor Cabang/Pemasaran	

DAFTAR DOKUMEN

- | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|---|
| ☐ | Formulir pengajuan klaim yang telah diisi dengan lengkap dan telah ditandatangani | ☐ | Surat keterangan Pemakaman/Kremasi |
| ☐ | Bukti penerima manfaat (Kartu keluarga/Akte kelahiran/Akte nikah...) | ☐ | Hasil pemeriksaan penunjang (Laboratorium, Radiologi, EKG, dll) |
| ☐ | Formulir Keterangan Kesehatan Klaim dengan stempel Rumah Sakit dan tanda tangan dokter | ☐ | Dokumen lain yang perlu |
| ☐ | 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 | | |

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	☐ Terima dari TPA	Paraf
☐ Scan	Paraf	☐ Verifikasi data	Paraf
☐ Registrasi admin klaim	Paraf	☐ Setuju/Tolak/Batal	Paraf
☐ Kelengkapan dokumen	Paraf	☐ Diterima Finance	Paraf
☐ Kirim ke TPA	Paraf	☐ Pembayaran	Paraf

CATATAN

Note: Penulisan tanggal: hh/bb/tttt

This image shows a single page from a notebook or ledger. It features ten evenly spaced, thin grey horizontal lines running across the width of the page, creating nine distinct rows for writing. The background is plain white, and there are no margins, headers, or footers visible.

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.SM