

A. DATA PENGAJUAN KLAIM

Jenis Klaim:  Individu  Corporate/Kumpulan\*

Diisi oleh peserta Asuransi Individu

Data Pemegang Polis		Data Teganggung	
Nomor polis :	1 <input type="text"/> 4 <input type="text"/>	Nama:	
	2 <input type="text"/> 5 <input type="text"/>	Kartu Identitas: <input type="checkbox"/> KTP <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Lainnya, :	
	3 <input type="text"/>	No. Kartu Identitas:	
Nama:		Jenis Kelamin: <input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan	
Kartu Identitas: <input type="checkbox"/> KTP <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Lainnya, :		Hubungan dengan Pemegang Polis:	
No kartu identitas:		Telepon/ <i>Handphone</i> :	
Jenis Kelamin: <input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan		Nilai Klaim yang diajukan:	
Alamat:		Detail pentransferan** (jika klaim disetujui):	
Kota: Kode Pos:		Nama Pemegang Polis/Tertanggung:	
Telepon:		Nama Bank:	
<i>Handphone</i> :		Nomor rekening:	

Note : Claim Form cukup diisi 1 kali oleh Pemegang polis dan Tertanggung yang sama jika memiliki lebih dari 1 polis.

\*\*Pembayaran manfaat claim hanya dapat dibayarkan ke Pemegang Polis/Tertanggung sesuai ketentuan Polis yang berlaku.

Diisi oleh peserta Asuransi Corporate/Kumpulan\*

Data Karyawan	Data Peserta
Nama perusahaan:	Nama:
Nomor polis:	Nomor peserta:
Nama:	Tanggal lahir:
Nomor peserta:	Jenis Kelamin:
No. Telp:	Hubungan:

B. PENYEBAB TERJADINYA KLAIM

Jenis Klaim:  Rawat jalan  Rawat inap  Pre/post Rawat inap  Personal Accident

Penyebab:  Sakit  Kecelakaan

Diagnosis: \_\_\_\_\_

Tanggal perawatan:  /  /  s/d  /  /  (dd/mm/year)

Jika perawatan ini karena kecelakaan:

Tanggal dan waktu kejadian:  /  /  (dd/mm/year) Jam: \_\_\_\_\_ (WIB/WITA/WIT)

Lokasi kejadian: \_\_\_\_\_

Kronologis kejadian: \_\_\_\_\_

Apakah tertanggung atau peserta memiliki asuransi lain?  Tidak  Ya, mohon disebutkan

Nama Perusahaan	Nomor Polis	Uang Pertanggung

PERNYATAAN PIHAK YANG MENGAJUKAN KLAIM

- a. Sehubungan dengna adanya pengajuan klaim ini, maka saya memberikan kuasa kepada PT Chubb Life Insurance Indoneisa untuk memperoleh/ mempertanyakan/mengetahui dari rumah sakit/klink/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\_\_

\_\_\_\_\_

Tanda Tangan dan Nama Jelas