

A. DATA PENGAJUAN KLAIM

Jenis Klaim: Meninggal dunia Penyakit kritis Cacat total Waiver

Saya sebagai Pemegang Polis/Tertanggung/Penerima Manfaat/Ahli Waris yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama:
Kartu Identitas: <input type="checkbox"/> KTP <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Paspor <input type="checkbox"/> Lainnya, :
Jenis Kelamin: <input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Alamat:
Kota: Kode Pos:
Telepon rumah:
Handphone:
Hubungan dengan tertanggung/peserta:
Email:
Pekerjaan:
Jabatan: <input type="checkbox"/> Staff <input type="checkbox"/> Supervisor <input type="checkbox"/> Manager <input type="checkbox"/> Kepala Divisi <input type="checkbox"/> Pemilik <input type="checkbox"/> Direktur <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan:
Bidang usaha:
Apakah Penerima manfaat merupakan pejabat pemerintah atau pengurus partai politik atau orang terekspos politik (PEP): <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Jika ya, mohon sebutkan nama dan jabatan :
Data rekening* (apabila klaim disetujui): _____ Nama pemilik rekening: _____ Nama bank: _____ Nomor rekening: _____

*Pemegang Polis/Penerima Manfaat/Ahli Waris

Note : Pembayaran manfaat claim hanya dapat dibayarkan ke Pemegang Polis/Penerima Manfaat/Ahli Waris sesuai ketentuan Polis yang berlaku.

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

Nama Tertanggung/Peserta:
Kartu Identitas: <input type="checkbox"/> KTP <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> Paspor <input type="checkbox"/> Lainnya, :
Nomor Kartu Identitas:
Nomor Polis: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
No Induk Karyawan jika peserta termasuk dalam GTL:

B. PENYEBAB TERJADINYA KLAIM

<input type="checkbox"/> KLAIM MENINGGAL DUNIA Tempat meninggal: Tanggal meninggal: __/__/__ (dd/mm/yy) Penyebab meninggal dunia: Kronologis meninggal dunia:
<input type="checkbox"/> KLAIM CACAT TOTAL Penyebab: <input type="checkbox"/> Penyakit , Tanggal diagnosa : __/__/__ (dd/mm/yy) <input type="checkbox"/> Kecelakaan , Tanggal kecelakaan : __/__/__ (dd/mm/yy) Gambaran singkat dan jelas mengenai kejadian/gejalanya:
<input type="checkbox"/> KLAIM PENYAKIT KRITIS Tanggal diagnosa : __/__/__ (dd/mm/yy) Penyebab : Gambaran singkat dan jelas mengenai kejadian/gejalanya:

Apakah sebelum meninggal, Tertanggung mendapatkan perawatan di RS/Dokter?

Tidak Mohon melengkapi tabel dibawah ini:

Nama Dokter/Rumah Sakit	Alamat	Tanggal Berobat	Diagnosis	Diderita Sejak Kapan

Apakah Tertanggung menderita penyakit lain sebelumnya?

Tidak Mohon melengkapi tabel dibawah ini:

Nama Dokter/Rumah Sakit	Alamat	Tanggal Berobat	Diagnosis	Diderita Sejak Kapan

Apakah Tertanggung diasuransikan di perusahaan asuransi lain?

Tidak Mohon melengkapi tabel dibawah ini:

Nama Perusahaan	Nomor Polis	Uang Pertanggungan

PERNYATAAN PIHAK YANG MENGAJUKAN KLAIM

Saya, sebagai Penerima Manfaat menyatakan setuju bahwa:

1. Semua keterangan yang diberikan di dalam Formulir ini adalah benar telah Saya tuliskan dan tidak ada keterangan maupun hal-hal lainnya yang Saya sembunyikan.
2. Akibat hukum dan/atau kerugian yang timbul karena ditandatanganinya Formulir ini dalam keadaan kosong atau belum terisi lengkap menjadi tanggung jawab Saya sebagai Ahli Waris atau Penerima Manfaat.
3. Dengan telah diterimanya pembayaran Manfaat Asuransi oleh Ahli Waris atau Penerima Manfaat dalam hal klaim telah disetujui oleh Penanggung, maka seluruh tanggung jawab Penanggung yang terkait dengan Polis telah selesai dilaksanakan dan Polis otomatis berakhir sesuai dengan ketentuan Polis.
4. Apabila keterangan dan pernyataan yang diberikan tidak benar, atau tidak sesuai dengan keadaan yang sebenarnya, maka Penanggung dapat melakukan tindakan hukum yang diperlukan sesuai dengan ketentuan Polis dan Peraturan Perundangan yang berlaku.
5. Segala dokumen kelengkapan persyaratan Klaim menjadi hak Penanggung sejak diserahkan kepada Penanggung untuk pengajuan Klaim ini.

- a. Sehubungan dengan 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__

_____ Nama
