



FORMULIR PENGAJUAN KLAIM MENINGGAL DUNIA (INDIVIDU)

DEATH CLAIM APPLICATION FORM

Diisi oleh Termaslahat/ Ahli Waris & Pemegang Polis/ Field by beneficiary and policy holder

Pilih Nama Produk
Choose Name Of Product

Term Life

Personal Accident

Yang bertanda tangan dibawah ini / The Undersigned :

Data Termaslahat/Ahli Waris/The Beneficiary Data

Nama lengkap/Full Name :

Jenis Kelamin/ Sex Laki-laki/ Male Perempuan/ Female

Tempat, tgl lahir/Usia/Place, Date Of Birth/Age : _____, / / th

Alamat / Address : _____

Kode Pos/Zip Code : _____

Telepon / Phone : Kantor/Office :

HP/Mobile Phone :

Rumah/Resident :

E-Mail/ E-Mail : _____

Nomor Kartu Tertanggung/ Card Number Of Insured : _____

Hubungan dengan Tertanggung/Relationship With Insured/Participant : Anak/Child Istri/Wife Suami/Husband Lain-lain/Others

Menerangkan dengan sebenarnya, bahwa / Hereby State, That

Nomor Polis/Policy Number :

Nama Lengkap Tertanggung/Full Name Of Insured :

Tempat, tgl lahir/Usia/Place, Date Of Birth/Age : _____, / / th

Jenis Kelamin/Sex : Laki-laki/ Male Perempuan/ Female

Telah meninggal dunia pada/Date Of Death : - - Waktu/Time : _____
D D MM Y Y

Tempat meninggal dunia/Location Of Death : Rumah Sakit/Hospital Rumah/Home Lain-lain/Others _____

Nama dan alamat tempat meninggal /Name and Location Of Death Address : _____

Sebab Meninggal/Causes Of Death : Penyakit/Illness Kecelakaan/Accident Lainnya/Others : _____

DATA PENERIMA PEMBAYARAN KLAIM/Claim Receiver Details

Apabila klaim disetujui, pembayaran klaim akan ditransfer : _____
ke / If claim
approved, payment transfer to

Nama/Name : _____

No. Rekening/Acc Number : _____

Bank/Bank Name : _____ Cabang/Branch : _____

Alamat Bank/Bank Address : _____

Catatan : Pembayaran Klaim Meninggal hanya akan dilakukan untuk Pengajuan Klaim yang disetujui sesuai dengan ketentuan polis/Note: Claim payment only transfer to approved claim submission as policy regulation

SURAT KUASA/Power Of Attorney

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas dengan benar dan lengkap menurut sepengetahuan dan kepercayaan saya. Dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Laboratorium, Institusi Medis manapun, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Lembaga atau Perorangan yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung untuk memberitahukan kepada PT. Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia atau mereka yang diberi kuasa olehnya segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Tertanggung baik selama Tertanggung hidup atau telah meninggal. Salinan dari Surat Kuasa ini sama kuat dan sah seperti aslinya/ I hereby declare that i have read, understood dan answered all that questions above is true and completely to the best of my knowledge and belief. I hereby grant full authority to every physician, clinic, hospital, public health center, insurance company, legal institution, personal or other organizations than has records or information on the health of participant to inform PT Asuransi Jiwa Inhealth Indonesia or authorized. A photocopy of this power of attorney should be as valid and legal as the original.

Ditandatangani di _____, tanggal/bulan/tahun / /
Filled and signed at dd-mm-yyyy

Tanda Tangan
Signature

(Materai Rp. 10.000,-)

Nama/Name : _____

Hubungan Keluarga/ : _____

Relation Of Family