

# 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/klainik/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.<sup>SM</sup>

Isilah pertanyaan-pertanyaan di bawah ini dengan lengkap dan benar. Diperbolehkan menggunakan lembaran kertas lain apabila lembaran ini tidak cukup. Wajib diisi oleh dokter.

Mohon diperhatikan bahwa apabila fakta yang dituliskan tidak lengkap dan benar, maka pertanggungan asuransi ini dapat dinyatakan batal.

Dokter yang merawat :  dr. Umum  dr. Spesialis

Alamat :

Menerangkan Bahwa

Nama Pasien Meninggal : 



 \* No. PPAJ/Polis :

Jenis Kelamin : 



 \* Tgl Lahir :

Alamat :

Hubungan dgn Pemegang Polis :  Sendiri  Suami/Istri  Anak

Tempat & Tanggal Kematian :

No.	Pertanyaan	Penjelasan
1.	Apakah almarhum sebelum meninggal dirawat? Jika Ya berapa lama/sejak kapan? Jika jawaban tidak, berikan keterangan nama dokter/Rumah sakit/Klinik 3 bulan terakhir yang dikunjungi oleh almarhum	
2.	Sebab Utama Meninggal : - Jika karena kecelakaan, jelaskan secara terperinci bila ada kelainan yang ditemukan - Jika karena penyakit, jelaskan penyakit tersebut dan komplikasi apa saja yang ditemukan	
3.	Riwayat Sakit : - Kapan almarhum pertama kali berobat (tanggal/ bulan/ tahun/nama dokter/nama rumah sakit atau klinik) - Pengobatan dilakukan secara : a. Teratur      b. Tidak Teratur	
4.	a. Kapan tanggal pertama kali TS menangani almarhum? b. Bagaimana perkembangan penyakit selama dirawat sampai almarhum meninggal?	
5.	Apakah almarhum menderita penyakit lainnya selama dalam perawatan? Dan apakah melakukan pemeriksaan penunjang? Bagaimana hasilnya?	
6.	Terapi apa saja yang telah diberikan kepada almarhum (sebutkan nama obat dll.)	

Demikian keterangan dalam Formulir Klaim Meninggal ini saya berikan sesuai dengan keadaan sebenarnya.  
Note: Jawaban TS harap disampaikan secara rahasia dengan menggunakan sampul tertutup, dan dialamatkan kepada PT Chubb Life Insurance Indonesia.

Ditandatangani di 



 Jam pemeriksa :

Nama, Tanda tangan & Stempel  
Dokter/RS yang merawat

---

Nama