

PT. KSK Insurance Indonesia
Centennial Tower, 38th floor, Unit E-G, Jl. Jend.
Gatot Subroto Kav. 24 & 25, Jakarta 12930, Indonesia
T +62 21 2295 8080 F +62 21 2295 8090 w kskinsurance.co.id

Form should be filled in correctly completely and clearly. Claim is only going to be processed if all supporting documents are attached.
Formulir ini harus diisi dengan lengkap, benar dan jelas. Klaim hanya dapat di-proses bila semua dokumen telah dilengkapi.

THAT THE UNDERSIGNED / YANG BERTANDA TANGAN DI BAWAH INI

Name *Nama*

Man *Pria*

Woman *Wanita*

Address *Alamat*

Phone Number *Nomor Telepon*

Cellphone Number *Nomor Handphone*

Relationship with the Insured/Participant *Hubungan dengan Tertanggung/Peserta*

INSURED / TERTANGGUNG

Name *Nama*

Man *Pria*

Woman *Wanita*

Policy & Participant Number *Nomor Polis & Peserta*

Policy Holder *Pemegang Polis*

ACCIDENT CHRONOLOGY / KRONOLOGIS KEJADIAN

Date of Death *Tanggal Meninggal*

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d	d	m	m	y	y	y	y

Cause of Death *Sebab Meninggal*

Sick
Sakit

Accident
Kecelakaan

Place of Death *Tempat Meninggal*

Hospital
Rumah Sakit

House
Rumah

Travel
Perjalanan

Abroad
Luar Negeri

Others
Lainnya

If it dies because of illness, what is it and when? *Jika Meninggal Karena Sakit, Sakit apa dan sejak kapan?*

If Died Because Accident, what is time, causes and type of accident? *Jika Meninggal Karena Kecelakaan Sebutkan Waktu, Penyebab dan Jenis Kecelakaan?*

If died in hospital, which hospital? *Jika Meninggal di Rumah Sakit, Rumah Sakit apa?*

Describe the whole symptoms/events, or if its caused by accident, describe the whole chronology

Berikan gambaran secara singkat & jelas mengenai gejala/kejadian meninggalnya, atau jika meninggal karena kecelakaan berikan kronologis terjadinya kecelakaan

Was the accident reported to the authorities? If not, why? *Apakah kecelakaan tersebut dilaporkan kepada pihak berwajib? Jika tidak, mengapa?*

On what occasion the accident happened? *Pada kegiatan apa atau kesempatan apa kecelakaan itu terjadi?*

PAYMENT INFORMATION / INFORMASI PEMBAYARAN

Account Name *Nama Pemilik Rekening*

Account Number *Nomor Rekening*

Bank Name *Nama Bank*

Branch Name *Nama Cabang*



DEATH CLAIM FORM

FORM CODE: Death Claim Form

PT. KSK Insurance Indonesia
Centennial Tower, 38th floor, Unit E-G, Jl. Jend.
Gatot Subroto Kav. 24 & 25, Jakarta 12930, Indonesia
T +62 21 2295 8080 F +62 21 2295 8090 w kskinsurance.co.id

Form should be filled in correctly completely and clearly. Claim is only going to be processed if all supporting documents are attached.
Formulir ini harus diisi dengan lengkap, benar dan jelas. Klaim hanya dapat diproses bila semua dokumen telah dilengkap.

I/We hereby declare that the information given on this form is true the best of my/our knowledge and belief
Saya/Kami dengan ini menyatakan bahwa informasi yang kami berikan adalah benar sesuai dengan pengetahuan Saya/Kami

BENEFICIARIES / HEIRS
PENERIMA MANFAAT/AHLI WARIS

DATE ISSUED /
TANGGAL DITERBITKAN

d	d	m	m	y	y	y	y

Signature & Name
Tanda tangan & Nama