

FORMULIR KLAIM MENINGGAL DUNIA

Formulir ini harus diisi dan dilengkapi oleh Ahli Waris dan dikembalikan kepada Penanggung dengan melampirkan berkas sebagai berikut :

1. Formulir Klaim Meninggal Dunia (Asli)
2. Surat Keterangan Dokter (Asli)
3. Surat Keterangan Meninggal Dunia dari Pamong Praja atau Rumah Sakit (Asli atau Legalisir)
4. Surat Keterangan Pemakaman atau Kremasi (Asli atau Legalisir)
5. Surat Keterangan Kejadian Kecelakaan dari Polisi (jika Kematian disebabkan karena kecelakaan) (Asli atau Legalisir)
6. Fotokopi kartu identitas Tertanggung dan Ahli Waris yang ditunjuk untuk menerima manfaat pertanggungan (Asli atau Legalisir)
7. Surat Penunjukkan Ahli Waris yang disahkan oleh Instansi Pemerintahan Setempat. (Asli)
8. Surat Kuasa Pemberian Informasi Rekam Medis (Asli)
9. Dokumen lain yang diperlukan (Fotokopi Surat Nikah, Kartu Keluarga, Akte Kelahiran, Salinan Halaman Depan Buku Tabungan Ahli Waris)

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap : _____

Tanggal lahir : - - tgl/bln/thn

Jenis Kelamin : Laki-Laki Perempuan

Alamat : _____

Nomor Telepon Rumah : _____ HP : _____

Hub dengan Tertanggung : Anak Istri Suami Lain-Lain

MENERANGKAN DENGAN SEBENARNYA, BAHWA

Nomor Polis : _____

Nomor Kartu : _____

Nama Tertanggung : _____

No. KTP Tertanggung : _____

Pekerjaan Tertanggung : _____

Tanggal lahir : - - tgl/bln/thn

Jenis Kelamin : Laki-Laki Perempuan

Meninggal karena : Sakit / Illness Kecelakaan Lainnya :

Tanggal meninggal : - - tgl/bln/thn

Tempat Meninggal : Rumah Sakit _____
 Rumah _____
 Lain-lain _____

Tempat dimakamkan/dikremasi : _____

Tempat & Tanggal

Yang Menyatakan,

Tanda tangan & Nama Jelas

Customer Contact Centre
 T: (021) 2554 3800 (Senin-Jumat, 08.30-17.30) F: (021) 5794 4719
 email: wecaregroup-ID@greateasternlife.com

JIKA MENINGGAL DUNIA KARENA KECELAKAAN :

Tanggal terjadi kecelakaan : _____

Tempat terjadi kecelakaan : _____

Rincian/kronologis terjadinya kecelakaan (apabila kolom yang disediakan tidak mencukupi, tambahkan keterangan di lembar tersendiri)

Rincian luka yang diderita : _____

Nama dan alamat saksi mata kecelakaan :

Nama	Alamat	No Telp

Tanggal pertama kali gejala penyakit diketahui : _____

Penyakit yang diderita : _____

Nama dokter / rumah sakit / klinik dimana Tertanggung pernah berkonsultasi/berobat untuk penyakitnya :

Tanggal Konsultasi	Nama Dokter	Nama & Alamat Rumah Sakit /Klinik

JIKA MENINGGAL DUNIA DI LUAR NEGERI

Apakah Tertanggung dimakamkan / dikremasi di luar Indonesia? Ya Tidak

Jika Ya, mohon sebutkan di negara mana Tertanggung dimakamkan atau dikremasi

Nama Dokter dan alamat rumah sakit yang menyatakan Tertanggung meninggal dunia

Nama dan alamat saksi mata yang menyaksikan penguburan atau kremasi tersebut :

Nama	Alamat	No Telp

Apakah Tertanggung diasuransikan di perusahaan asuransi lain? : Ya Tidak

Nama Perusahaan Asuransi	No Polis	Uang Pertanggungan

Yang Menyatakan,

Tempat & Tanggal

 Tanda tangan & Nama Jelas

Customer Contact Centre
 T: (021) 2554 3800 (Senin-Jumat, 08.30-17.30) F: (021) 5794 4719
 email: wecaregroup-ID@greasternlife.com

Apabila klaim ini disetujui, pembayaran akan ditransfer ke Ahli Waris ditunjuk dalam Polis dengan nomor rekening :

Bank : _____
 Cabang : _____
 Mata Uang : Rupiah US Dollar
 No Rekening : _____
 Nama : _____

Pembayaran harus ditujukan kepada Ahli Waris yang ditunjuk. Biaya transfer dalam US Dollar, biaya administrasi yang dibebankan oleh Bank Penanggung dan Bank Penerima akan ditanggung oleh Penerima manfaat.

Surat Kuasa Pemberian Informasi Rekam Medis
Power of Attorney for Medical Records

Yang bertandatangan dibawah ini / *The undersigned:*

Nama / *Name* : _____

Alamat / *Address* : _____

Hubungan dengan tertanggung / *Relationship with the insured* : Anak Suami Istri Orang tua Diri sendiri
Child Husband Wife Parents Own self

Nama Tertanggung / *Insured Name* : _____

No Passport Tertanggung / *Insured Passport No* : _____

No KTP Tertanggung / *Insured ID No* : _____

Umur / *Age* : _____ tahun / *years*

Alamat / *Address* : _____

Dengan ini saya memberi kuasa kepada setiap Dokter, Klinik, Rumah Sakit, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan atau Organisasi lainnya yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung, untuk memberitahukan kepada PT Great Eastern Life Indonesia atau mereka yang mendapat kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Tertanggung baik selama Tertanggung hidup atau telah meninggal dunia. Salinan dari pernyataan ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

I hereby authorize any physician, clinic, hospital, public health centre, insurance company, legal institution, personal or other organizations that has any records or information on the deceased and health of the deceased whether the deceased was still alive or dead to give them to PT Great Eastern Life Indonesia or its authorized institution. A copy of this statement should be as valid and legal as the original.

Tanggal / *Date* : _____

Tandatangan / *Signature* : _____

Nama Lengkap / *Full Name* : _____