



Formulir Pengajuan Klaim

No. Polis	
Kode Agen	
Kantor Cabang/Pemasaran	

DAFTAR DOKUMEN

- | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|---|
| ☐ | Formulir pengajuan klaim yang telah diisi dengan lengkap dan telah ditandatangani | ☐ | Surat keterangan Pemakaman/Kremasi |
| ☐ | Bukti penerima manfaat (Kartu keluarga/Akte kelahiran/Akte nikah...) | ☐ | Hasil pemeriksaan penunjang (Laboratorium, Radiologi, EKG, dll) |
| ☐ | Formulir Keterangan Kesehatan Klaim dengan stempel Rumah Sakit dan tanda tangan dokter | ☐ | Dokumen lain yang perlu |
| ☐ | Kuitansi asli | ☐ | |
| ☐ | Fotokopi kartu identitas Pemegang Polis/Tertanggung atau Peserta/Ahli waris yang masih berlaku | | |
| ☐ | Fotokopi kartu peserta (Untuk Klaim Rumah Sakit) | | |
| ☐ | Fotokopi NPWP (jika ada) | | |
| ☐ | Surat keterangan kecelakaan dari polisi (Untuk kecelakaan) | | |
| ☐ | Rincian biaya perawatan (Jasa dokter/obat2an/penunjang diagnostik) | | |
| ☐ | Polis Asli (Untuk klaim meninggal) | | |
| ☐ | Surat keterangan kematian dari instansi yang berwenang | | |

UNTUK KEPENTINGAN PERUSAHAAN

KANTOR CABANG/PEMASARAN

☐	Diterima Admin Cabang		Paraf
☐			
☐	Registrasi		Paraf
☐			
☐	Dikirim ke kantor pusat		Paraf
☐			
☐	Diterima kantor pusat		Paraf
☐			

KANTOR PUSAT

☐	Diterima CS	☐	Terima dari TPA
☐	☐	☐	☐
☐	Scan	☐	Verifikasi data
☐	☐	☐	☐
☐	Registrasi admin klaim	☐	Setuju/Tolak/Batal
☐	☐	☐	☐
☐	Kelengkapan dokumen	☐	Diterima Finance
☐	☐	☐	☐
☐	Kirim ke TPA	☐	Pembayaran
☐	☐	☐	☐

CATATAN

Note: Penulisan tanggal: hh/bb/tttt

[illegible]

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/klinik/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.SM