

**PETUNJUK PENGAJUAN KLAIM / GUIDELINE OF CLAIM SUBMISSION**

1. Semua pertanyaan pada Formulir klaim dan Surat Keterangan Dokter harus diisi dengan benar, lengkap dan jelas/all questions in this claim form and Attending Physician's Statement should be answered correctly, completely and clearly.
2. Dokumen dan hasil-hasil pemeriksaan penunjang, wajib dilampirkan./Document and supporting examinations/tests, should be attached.
3. Berkas yang diajukan harus dokumen asli / legalisir oleh pihak berwenang / legalisir oleh Staf Klaim Pusat / submitted document must be original / verified by Public Representative / verified by our Head Office's Claim Staff.
4. Berkas yang diperlukan/documents required:
  - a. Formulir klaim kematian/Death Claim Form
  - b. Surat Keterangan Dokter/Attending Physician's Statement
  - c. Surat Keterangan Kematian dari Instansi yang berwenang/Certification Letter of Death from the Competent Authority/Agency
  - d. Surat Keterangan dari Kepolisian bila meninggal disebabkan oleh sebab yang tidak wajar/Certification Letter from Police if the death is caused by unnatural cause.
  - e. Bukti diri Peserta/Identity Card of the participant.

Nomor Polis

Policy Number

Nama Pemegang Polis

Name of the Policy Holder

Nomor Sertifikat

Certificate Number

Nama Peserta

Participant's Name

Tanggal Lahir

Date of Birth

 /  / 

Jenis Kelamin

Sex

 Pria Wanita

Tanggal Meninggal Dunia

Date of Death

 /  / 

Waktu / Pukul

Time / On

Tempat Meninggal Dunia

Place of Death

 Rumah Tinggal  Rumah Sakit  Lainnya 

Sebab-sebab Meninggal Dunia

Causes of death

 Kecelakaan, Jelaskan

Accident, explained

 Melahirkan/Kehamilan,

Delivery/Pregnancy

 Pekerjaan, Jelaskan

Job, explained

 Sakit, Nama Penyakit yang diderita

Illness, Name of Illness

 Sejak kapan penyakit diderita

Since when the illness suffered

Kronologis kejadian sebelum peserta meninggal dunia

The chronology of event before Participant died

Berikan gambaran yang jelas mengenai kronologis kejadian, apabila kolom yang disediakan tidak cukup, mohon menggunakan lembar terpisah  
Please describe clearly the chronology of the event, if the space provided is insufficient, Please use separate sheet

Apakah Peserta diasuransikan di perusahaan asuransi lain?

Is the Participant Insured by other Insurance companies?

 Ya  Tidak

Yes

No

Nama Perusahaan Asuransi

Name of

Nomor Polis

Policy Number

Saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan benar. Saya juga memahami bahwa jawaban dan keterangan tersebut diatas menjadi dasar Pertanggung-jawaban dan tidak terpisahkan dari Polis yang diminta. 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, untuk memberitahukan kepada PT Pacific Life Insurance atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Saya baik selama Saya hidup atau telah meninggal. Copy dari Surat Kuasa ini sama kuat sah seperti aslinya.

I declare that I have read, understood and answered all the questions above completely and correctly. I also understand that all answers and information above will be inseparable part of the Policy I apply for. I hereby authorize any physician, clinic, hospital, public health center, insurance company, legal institution, personal or other organizations that has any records or information on me and my health whether I am still alive or dead to give them to PT Pacific Life Insurance or its authorize institution. A photographic copy of this statement, should be as valid legal as the original.

Pemegang Polis

Policy Holder

Tempat dan Tanggal

Place and Date

Tanda Tangan, Nama dan Cap

Signature, Name and Stamp