

No. Polis	
Kode Agen	
Kantor Cabang/Pemasaran	

DAFTAR DOKUMEN

- Formulir pengajuan klaim yang telah diisi dengan lengkap dan telah ditandatangani
- Bukti penerima manfaat (Kartu keluarga/Akte kelahiran/Akte nikah...)
- Formulir Keterangan Kesehatan Klaim dengan stempel Rumah Sakit dan tanda tangan dokter
- 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
- Surat keterangan Pemakaman/Kremasi
- Hasil pemeriksaan penunjang (Laboratorium, Radiologi, EKG, dll)
- Dokumen lain yang perlu

UNTUK KEPENTINGAN PERUSAHAAN

KANTOR CABANG/PEMASARAN

<input type="checkbox"/> Diterima Admin Cabang	Paraf
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Registrasi	Paraf
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dikirim ke kantor pusat	Paraf
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Diterima kantor pusat	Paraf
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KANTOR PUSAT

<input type="checkbox"/> Diterima CS	Paraf	<input type="checkbox"/> Terima dari TPA	Paraf
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Scan	Paraf	<input type="checkbox"/> Verifikasi data	Paraf
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Registrasi admin klaim	Paraf	<input type="checkbox"/> Setuju/Tolak/Batal	Paraf
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kelengkapan dokumen	Paraf	<input type="checkbox"/> Diterima Finance	Paraf
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kirim ke TPA	Paraf	<input type="checkbox"/> Pembayaran	Paraf
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CATATAN

Note: Penulisan tanggal: hh/bb/tttt

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.