

Customer Contact Centre

T: (021) 2554 3800 (Senin - Jumat, 09.00-18.00) F: (021) 5794 4719
SMS 0812-129-3800 Ketik *INFO
Email : wecare-ID@greataeasternlife.com

FORMULIR KLAIM MENINGGAL DUNIA

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

1. Formulir Klaim Meninggal dunia
2. Surat Keterangan Dokter
3. Polis Asli / Sertifikat Asli
4. Surat Keterangan Meninggal Dunia dari Pamong Praja atau Rumah Sakit (Asli atau salinan yang telah dilegalisir)
5. Surat Keterangan Pemakaman atau Kremasi (Asli atau salinan yang telah di legalisir)
6. Surat Keterangan Kejadian Kecelakaan dari Polisi (jika Kematian disebabkan karena kecelakaan)
7. Fotokopi kartu identitas Peserta
8. Surat Kuasa Pemberian Informasi Rekam Medis
9. Dokumen lain yang diperlukan (Fotokopi Surat Nikah, Kartu Keluarga, Akte Kelahiran, dll.)

Yang bertandatangan dibawah 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 :

Nama Peserta : _____

No. Passport Peserta : _____

No. KTP Peserta : _____

Pekerjaan Peserta : _____

Tanggal lahir : -- tgl/bln/thn

Jenis Kelamin : Laki-Laki Perempuan

Meninggal karena : Sakit / *Illness* Kecelakaan

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, 09.00-18.00) F: (021) 5794 4719
SMS 0812-129-3800 Ketik *INFO
Email : wecare-ID@greataeasternlife.com

JIKA MENINGGAL DUNIA KARENA KECELAKAAN :

Tanggal terjadi kecelakaan : _____

Tempat terjadi kecelakaan : _____

Rincian/kronologis terjadinya kecelakaan (Apabila kolom yang disediakan tidak mencukupi tambahkan keterangan dilembar tersendiri)

Rincian luka yang diderita : _____

Nama dan alamat saksi mata kecelakaan :

Nama	Alamat	No Telp

JIKA MENINGGAL DUNIA KARENA SAKIT :

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 Peserta dimakamkan / dikremasi diluar Indonesia? Ya Tidak

Jika Ya, mohon sebutkan di Negara mana Peserta dimakamkan atau dikremasi

Nama Dokter dan alamat rumah sakit yang menyatakan Peserta meninggal dunia

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

Nama	Alamat	No Telp

Apakah Pesertag diasuransikan di perusahaan 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, 09.00-18.00) F: (021) 5794 4719
SMS 0812-129-3800 Ketik *INFO
Email : wecare-ID@greasternlife.com

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

Bank : _____

Cabang : _____

Mata Uang : Rupiah US\$

No Rekening : _____

Nama : _____

Pembayaran harus ditujukan kepada Yang Ditunjuk. Biaya transfer dalam US\$ dan 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 Peserta / *Relationship with the participants* : Anak / *Child* Suami / *Husband* Istri / *Wife* Orang tua / *Parents* Diri sendiri / *Own self*

Nama Participants/ *Participants Name* : _____

No Passport Peserta / *Peserta Passport No* : _____

No KTP Peserta / *Peserta 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 Peserta, untuk memberitahukan kepada PT Great Eastern Life Indonesia atau mereka yang mendapat kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri dan keadaan/kesehatan Peserta baik selama Peserta 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 participants and health of the participants whether the participants 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* : _____