

FORMULIR KLAIM MENINGGAL DUNIA (Dilengkapi oleh Penerima Manfaat)

(Semua pertanyaan harap dijawab dengan lengkap dan benar, dan beri tanda ✓ pada pilihan yang sesuai)
(Penulisan tanggal selalu menggunakan format Tanggal-Bulan-Tahun)

1 Nomor Polis:

Nama Pemegang Polis:

Nama Tertanggung:

Jenis Kelamin Tertanggung: Laki-laki Perempuan

Tempat Lahir Tertanggung:

Tanggal Lahir /Usia Tertanggung: - - / Tahun

2 Tempat Meninggal Dunia: Tanggal: - -

3 Penyebab Meninggal Dunia:
(Mohon mengisi kolom 3.i jika Meninggal Dunia karena sakit, atau kolom 3.ii jika Meninggal Dunia karena kecelakaan)

3.i **Meninggal Dunia karena Sakit**

Diagnosa:

Lama menderita sakit: Tanggal pertama kali sakit - -

Apakah ada penyakit lain yang pernah diderita? Ya, (sebutkan di bawah) Tidak

Jenis Penyakit	Diderita Sejak	Nama Dokter	Alamat Dokter
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3.ii **Meninggal Dunia karena Kecelakaan**

Tanggal kejadian: - -

Jelaskan kronologis terjadinya kecelakaan:

Apakah kecelakaan tersebut telah dilaporkan kepada pihak yang berwajib? Ya Belum

Jika belum, mohon dijelaskan alasannya:

4 Apakah Tertanggung juga dipertanggungkan untuk manfaat yang sama di Perusahaan Asuransi Jiwa lainnya?
 Ya, (sebutkan di bawah) Tidak

Nama Perusahaan	Nomor Polis	Tahun (Periode) Pertanggungan

Pernyataan Penerima Manfaat dan Kuasa

Dengan ini Saya/Kami memberitahukan PT Asuransi Jiwa BCA "Penanggung" bahwa Tertanggung di atas telah Meninggal Dunia, dan Saya/Kami dengan ini menyatakan bahwa jawaban dan pernyataan yang Saya/Kami buat adalah benar dan tepat. Dengan ini Saya/Kami menyetujui bahwa pernyataan tertulis dan bukti-bukti dari semua Dokter yang memeriksa atau merawat Tertanggung, dan semua surat lainnya yang diminta oleh Penanggung akan menjadi bagian yang tak terpisahkan dari bukti kematian.

Surat Kuasa

Dengan ini Saya/Kami menyetujui dan memberikan kuasa kepada setiap Dokter atau orang yang telah merawat dan/atau yang memeriksa atau kepada setiap rumah sakit atau kepada Institusi dimana almarhum/almahum telah menerima pengobatan untuk menyerahkan setiap informasi kesehatan termasuk tetapi tidak terbatas pada data-data kesehatan. Salinan dari Surat Kuasa ini berlaku dan mempunyai kekuatan hukum yang sama sebagaimana Surat Kuasa lainnya.

Ditandatangani di: Tanggal: - -

Pihak Yang Mengajukan Klaim

Alamat Tempat Tinggal Pihak Yang Mengajukan Klaim:

(
(Nama Lengkap & Tanda Tangan Sesuai KTP)

Nomor Telp/Ponsel:
Hubungan Dengan Tertanggung: Diketahui Pemegang Polis: (diisi oleh perwakilan dari Pemegang Polis)
*Khusus untuk Produk dengan Pemegang Polis merupakan Badan UsahaNama Lengkap: Tanda Tangan:
Jabatan:
Tanggal: - - (Tenaga Penjual yang membantu
*Khusus untuk Produk Non DMTM dan/atau Non GroupNama Tenaga Penjual: Kode Tenaga Penjual:
Nama Cabang: Kode Cabang:
Nomor Telepon: Nomor Ponsel:
Alamat email: