

A. DATA PENGAJUAN KLAIM

Jenis Klaim: ☐ Individu ☐ Corporate/Kumpulan*

Diisi oleh peserta Asuransi Individu

Data Pemegang Polis		Data Tegtanggung	
Nomor polis :	1 4	Nama:	
	2 5	Kartu Identitas: ☐ KTP ☐ SIM ☐ Lainnya, :	
	3	No. Kartu Identitas:	
Nama:		Jenis Kelamin: ☐ Laki-laki ☐ Perempuan	
Kartu Identitas: ☐ KTP ☐ SIM ☐ Lainnya, :		Hubungan dengan Pemegang Polis:	
No kartu identitas:		Telepon/Handphone:	
Jenis Kelamin: ☐ Laki-laki ☐ Perempuan		Nilai Klaim yang diajukan:	
Alamat:		Detail pentransferan** (jika klaim disetujui):	
Kota: Kode Pos:		Nama Pemegang Polis/Tertanggung:	
Telepon:		Nama Bank:	
Handphone:		Nomor rekening:	

Note : Claim Form cukup diisi 1 kali oleh Pemegang polis dan Tertanggung yang sama jika memiliki lebih dari 1 polis.

**Pembayaran manfaat claim hanya dapat dibayarkan ke Pemegang Polis/Tertanggung sesuai ketentuan Polis yang berlaku.

Diisi oleh peserta Asuransi Corporate/Kumpulan*

Data Karyawan	Data Peserta
Nama perusahaan:	Nama:
Nomor polis:	Nomor peserta:
Nama:	Tanggal lahir:
Nomor peserta:	Jenis Kelamin:
No. Telp:	Hubungan:

B. PENYEBAB TERJADINYA KLAIM

Jenis Klaim: ☐ Rawat jalan ☐ Rawat inap ☐ Pre/post Rawat inap ☐ Personal AccidentPenyebab: ☐ Sakit ☐ Kecelakaan

Diagnosis: _____

Tanggal perawatan: / / s/d / / (dd/mm/year)

Jika perawatan ini karena kecelakaan:

Tanggal dan waktu kejadian: / / (dd/mm/year) Jam: _____ (WIB/WITA/WIT)

Lokasi kejadian: _____

Kronologis kejadian: _____

Apakah tertanggung atau peserta memiliki asuransi lain? ☐ Tidak ☐ Ya, mohon disebutkan

Nama Perusahaan	Nomor Polis	Uang Pertanggungan

PERNYATAAN PIHAK YANG MENGAJUKAN KLAIM

- a. Sehubungan dengan adanya 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__

Tanda Tangan dan Nama Jelas

Chubb. Insured.SM