

FORMULIR KRONOLOGIS KLAIM MENINGGAL

- Semua Pertanyaan dalam Formulir Klaim harus diisi lengkap **oleh pihak yang mengajukan klaim.**
- Dokumen Rumah Sakit dan Hasil pemeriksaan penunjang wajib dilampirkan.
- Seluruh persyaratan dokumen dilengkapi oleh pihak yang mengajukan klaim tanpa pembebanan kepada PT. Asuransi BRI Life

Berkas yang diperlukan :

1. Polis asli beserta perubahan-perubahannya dan kuitansi terakhir;
2. Surat Keterangan Meninggal dari Pamong Praja (Pemerintah setempat);
3. Surat Keterangan Meninggal yang dikeluarkan rumah sakit;
4. Surat Keterangan Dokter yang telah diisi oleh Dokter yang merawatnya;
5. Fotocopy Kartu Berobat RS, dan seluruh hasil pemeriksaan Laboratorium, Radiologi, Check Up kesehatan terakhir.

Dokumen lainnya :

1. Copy Surat Keterangan Meninggal dari Kepolisian, **jika** bertanggung meninggal karena kecelakaan;
2. Copy surat Visum Et Repertum dalam hal bertanggung meninggal dalam keadaan tidak wajar (misalnya pembunuhan);
3. Copy Surat Keterangan dari KBRI setempat dalam hal meninggal dunia di luar negeri;
4. Copy KTP dari Almarhum / Almarhumah dan Penerima Manfaat;
5. Surat Kuasa penerima manfaat, jika penerima manfaat lebih dari satu.

Yang Bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap : _____
Alamat & Nomor Telepon : _____
Hubungan dengan Tertanggung : _____

Menerangkan dengan sebenarnya bahwa :

Nomor Polis : _____
Nama Lengkap Tertanggung : _____
Tempat & Tanggal Lahir : _____
Alamat & Nomor Telepon : _____
Pekerjaan terakhir : _____
Alamat & Nomor Telepon Pekerjaan : _____
Tanggal Meninggal : _____
Tempat Meninggal : _____

1. Tempat tinggal (sehari-hari Tertanggung dengan penerima manfaat (isi dan coret yang tidak sesuai)

Satu Rumah Lain Kota Dekat Rumah +/- _____ mtr/km, dalam satu kel. / kec / Kabupaten

Bila Penerima manfaat tidak serumah dengan Tertanggung, dengan siapakah Tertanggung bertempat tinggal?

2. Jelaskan kronologis (urut-urutan dan waktunya) sejak mulai gejala penyakit yang diderita hingga yang bersangkutan meninggal

3. Dimana Rumah Sakit, tempat Tertanggung biasa berobat, dan nama dokter yang memeriksa. Lengkapi dengan alamat RS dan No. Telp :

4. Dalam 6 (enam) bulan terakhir, penyakit-penyakit lain yang pernah diderita Tertanggung adalah :

Tempat Konsultasi / Mendapatkan Perawatan :

5. Sebutkan Check Up kesehatan yang dilakukan terakhir kali sebelum meninggal dunia (harap lampirkan hasilnya) :

6. Polis-polis dari perusahaan asuransi jiwa lain yang dimiliki (sebutkan Perusahaan, No. Polis, dan Jumlah Uang Pertanggungan) :

Pembayaran Klaim akan disetujui oleh BRI Life kepada Ahli Waris / *Beneficiary* yang ditunjuk jika Klaim ini disetujui Pembayaranannya, ke :

Nomor Rekening	:	_____
Bank	:	_____
Penerima Manfaat Sesuai Buku Tabungan	:	_____

*Seluruh Biaya transfer menjadi beban Penerima Manfaat.

Demikian, apa yang telah Saya sampaikan secara tertulis tersebut di atas adalah kebenaran yang saya ketahui.

Penerima Manfaat

tanda-tangan dan nama jelas