

**FORMULIR PENGAJUAN KLAIM ASURANSI PA
MENINGGAL DUNIA**

PETUNJUK PENGAJUAN KLAIM

1. Formulir ini harus diisi dengan benar, lengkap dan jelas. Klaim hanya dapat diproses bila semua dokumen telah dilengkapi.
2. Surat Kematian, Surat Keterangan dari Kepolisian bila meninggal dunia karena kecelakaan, harap dilampirkan.

KETERANGAN TERTANGGUNG

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nomor Polis :

Periode Polis : s/d

Menerangkan dengan sebenarnya bahwa :

Nama Peserta:

Pekerjaan :

Tanggal Lahir :

Usia : tahun / bulan

Jenis Kelamin : Pria Wanita

Nomor urut peserta :

Apakah klaim ini juga diajukan kepada Asuransi dengan polis lain / perusahaan asuransi lain?

Ya Tidak

Nama Perusahaan Asuransi :

Alamat lengkap :

No. Telp. :

No Polis dan Periode Polis : s/d

Telah meninggal dunia pada hari/ tanggal :

Waktu /jam Tempat kejadian : Rumah Rumah Sakit Tempat Lain :

Tanggal terakhir masuk bekerja (utk. karyawan) :

Penyebab meninggal dunia

Kecelakaan :

Waktu Melahirkan :

Sakit, Jenis Penyakit yang diderita :

Sejak kapan penyakit diderita :

Kronologis kejadian sebelum peserta meninggal dunia

.....
Nama Dokter : Alamat Lengkap

Dokter : (Berikan gambaran sejelas mungkin dalam menceritakan kronologis kejadian. Apabila kolom yang disediakan tidak cukup, dapat digunakan lembar terpisah)

PT Asuransi Umum SeaInsure

Gama Tower lantai 15, Jl. H.R. Rasuna Said Kav. C-22, RT.002/RW.005, Karet Kuningan, Setiabudi – Jakarta Selatan 12940

P: (021) 7983401 E: csgi@seainsure.co.id W: www.seainsure.co.id

PT Asuransi Umum SeaInsure berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK)

Saya menyatakan bahwa Saya telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar, dan dengan ini Saya memberikan kuasa kepada PT Asuransi Umum SeaInsure untuk mendapatkan informasi data pribadi dan seluruh keterangan/catatan medis dari Dokter, Rumah Sakit dan/atau pihak lain yang berhubungan dengan klaim Saya dan/atau Tertanggung lain dari keluarga Saya yang berhak, sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Saya juga membebaskan PT Asuransi Umum SeaInsure dari segala kerugian tanpa terkecuali, termasuk dari kerugian sebagai tindakan hukum sehubungan dengan pemberian kuasa ini.

Ditandatangani di
tanggal Dibuat oleh,

Ahli Waris

.....

(tanda tangan, nama jelas & stempel Perusahaan)

Jabatan :

(tanda tangan, nama jelas)

Hubungan keluarga :
Nomor Telepon :

PT Asuransi Umum SeaInsure

Gama Tower lantai 15, Jl. H.R. Rasuna Said Kav. C-22, RT.002/RW.005, Karet Kuningan, Setiabudi – Jakarta Selatan 12940
P: (021) 7983401 E: csgi@seainsure.co.id W: www.seainsure.co.id

PT Asuransi Umum SeaInsure berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK)

Dengan ini saya menyatakan dengan sebenarnya bahwa jawaban-jawaban yang telah saya berikan diatas telah lengkap dan benar.

Nama Dokter :

Spesialis Dokter Umum Dokter Ahli ()

Nama Rumah Sakit :

Alamat Rumah Sakit :

Nomor Telepon :

Ditandatangani di tanggal

(.....)(.....)
Tandatangan & Nama Dokter Cap Rumah Sakit

PT Asuransi Umum SeaInsure

Gama Tower lantai 15, Jl. H.R. Rasuna Said Kav. C-22, RT.002/RW.005, Karet Kuningan, Setiabudi – Jakarta Selatan 12940

P: (021) 7983401 E: csgi@seainsure.co.id W: www.seainsure.co.id

PT Asuransi Umum SeaInsure berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK)