

PENGAJUAN KLAIM ASURANSI KESEHATAN INDIVIDU

Identitas Pemegang Polis & Tertanggung

Polis Nomor :
Nama Pemegang Polis :
Nama Tertanggung :
Alamat Korespondensi :
Nomor Telepon : Handphone : Rumah :

Jenis Manfaat Pertanggungan

☐ Kesehatan (*Health*) ☐ Santunan Harian (*Daily Benefit*) ☐ Kecelakaan (*Accident*) ☐ Penyakit Kritis (*Critical Illness*)
☐ Cacat Tetap Total / Sebagian (*Risk B*) ☐ Rawatan Rumah Sakit (*Risk D*) ☐ Cacat Tetap Total (*Total Permanent Disability*)

Kelengkapan Dokumen Pengajuan Klaim (diisi oleh petugas)

Pengajuan Klaim Asuransi Kesehatan (<i>Health</i>)	Pengajuan Klaim Santunan Harian (<i>Daily Benefit</i>)	Pengajuan Klaim Kecelakaan (<i>Accident Risk D</i>)	Pengajuan Penyakit Kritis (<i>Critical Illness</i>)	Pengajuan Klaim Cacat Tetap (<i>Total Permanent Disability/Accident Risk B</i>)
<input type="checkbox"/> Copy identitas diri Pemegang Polis yang masih berlaku *)	<input type="checkbox"/> Copy identitas diri Pemegang Polis yang masih berlaku *)	<input type="checkbox"/> Copy identitas diri Pemegang Polis yang masih berlaku *)	<input type="checkbox"/> Copy identitas diri Pemegang Polis yang masih berlaku *)	<input type="checkbox"/> Copy identitas diri Pemegang Polis yang masih berlaku *)
<input type="checkbox"/> Formulir Perawatan Medis/ Resume Medis	<input type="checkbox"/> Formulir Perawatan Medis/ Resume Medis	<input type="checkbox"/> Formulir Perawatan Medis/ Resume Medis	<input type="checkbox"/> Formulir Perawatan Medis/ Resume Medis/ Keterangan dari dokter perihal penyakit Krisis	<input type="checkbox"/> Surat Keterangan cacat yang dikeluarkan oleh dokter/Form Ket Cacat dari PT ELI
<input type="checkbox"/> Kuitansi asli selama perawatan RI & RJ	<input type="checkbox"/> Copy Legalisir Kuitansi selama perawatan RI	<input type="checkbox"/> Kuitansi asli selama perawatan RI & RJ		<input type="checkbox"/> Surat Keterangan Kepolisian (jika karena kecelakaan/tindak pidana)
<input type="checkbox"/> Rincian biaya selama perawatan, obat dan Lab	<input type="checkbox"/> Rincian biaya selama perawatan, obat dan Lab	<input type="checkbox"/> Rincian biaya selama perawatan, obat dan Lab	<input type="checkbox"/> Hasil laboratorium/Rontgen dan penunjang diagnosa	<input type="checkbox"/> Hasil laboratorium & Rontgen selama perawatan
<input type="checkbox"/> Hasil laboratorium/Rontgen dan penunjang diagnosa	<input type="checkbox"/> Hasil laboratorium/Rontgen dan penunjang diagnosa	<input type="checkbox"/> Hasil laboratorium/ Rontgen dan penunjang diagnosa	<input type="checkbox"/> Surat Kuasa transfer (jika dana ditransfer bukan ke Pemegang Polis)	<input type="checkbox"/> Foto lokasi cacat & seluruh tubuh
<input type="checkbox"/> Surat Kuasa transfer (jika dana ditransfer bukan ke Pemegang Polis)	<input type="checkbox"/> Surat Kuasa transfer (jika dana ditransfer bukan ke Pemegang Polis)	<input type="checkbox"/> Surat Kuasa transfer (jika dana ditransfer bukan ke Pemegang Polis)	<input type="checkbox"/> Surat Kuasa transfer (jika dana ditransfer bukan ke Pemegang Polis)	<input type="checkbox"/> Surat Kuasa transfer (jika dana ditransfer bukan ke Pemegang Polis)
<input type="checkbox"/> Lain-lain sebutkan	<input type="checkbox"/> Lain-lain sebutkan	<input type="checkbox"/> Lain-lain sebutkan	<input type="checkbox"/> Lain-lain sebutkan	<input type="checkbox"/> Lain-lain sebutkan

Data Penerima Pembayaran Klaim

Pembayaran dana klaim asuransi ini, mohon ditransfer ke rekening pada Bank : **

Nama Bank/Cabang/Kota :
Nama Pemilik Rekening :
Nomor Rekening :

Dengan ini saya menyatakan bahwa seluruh keterangan yang saya berikan pada dokumen pengajuan klaim asuransi ini adalah benar.

.....
Hormat saya,

Pemegang Polis / Termaalat *

* Apabila Pemegang Polis adalah Badan Hukum mohon sertakan stempel perusahaan

*) Apabila Pemegang Polis adalah Badan Hukum harap lampirkan Akta perubahan terakhir

** Apabila pembayaran dana klaim dibayarkan kepada pihak lain, dan bukan kepada Pemegang Polis dalam polis, maka harus dilengkapi dengan Surat Kuasa bermeterai.

KHUSUS NASABAH INDIVIDU DIISI OLEH BRANCH SERVICES

Status Polis :
Area Pelayanan :
Saldo Investasi :
Tanggal Mulai :
Tanggal pemb PL terakhir :
No. REG FL :

Diterima oleh :

Branch Services Area/Unit
Paraf & Tanggal
Nama :

Catatan Penting Area/Unit :

Diterima oleh :

CC Kantor Pusat
Paraf & Tanggal
Nama :

Catatan Penting CC Kantor Pusat :