

## PENGAJUAN PEMBAYARAN MANFAAT ASURANSI POLIS

☐ INDIVIDU    ☐ KUMPULAN

Nama Pemegang Polis / Perusahaan : \_\_\_\_\_

Dengan ini mengajukan klaim pembayaran manfaat asuransi kepada  
PT Equity Life Indonesia atas :

Nama Tertanggung / Peserta : \_\_\_\_\_

Nomor Polis / Peserta : \_\_\_\_\_

Sehubungan dengan klaim asuransi atas risiko ( diisi dengan tanda X ) :

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Meninggal  | <input type="checkbox"/> Perawatan Rumah Sakit (HCP) |
| <input type="checkbox"/> Kecelakaan | <input type="checkbox"/> _____                       |

**Sebagai kelengkapan klaim kami lampirkan :**

1. Polis dan Kwitansi asli pembayaran premi terakhir (khusus Polis Individu).
2. Surat Keterangan Dokter (formulir asli dari PT Equity Life Indonesia).
3. Surat keterangan ahli waris asli.
4. Fotocopy Surat Laporan kematian dari kelurahan setempat yang sudah dilegalisir.
5. Fotocopy Surat Laporan kematian dari kepolisian (untuk klaim meninggal akibat kecelakaan) yang sudah dilegalisir.
6. Fotocopy surat keterangan Pemeriksaan Mayat dari rumah sakit / dokter yang terakhir merawat yang sudah dilegalisir (bila meninggal di rumah sakit).
7. Fotocopy Kartu Keluarga Tertanggung yang sudah dilegalisir.
8. Fotocopy KTP Tertanggung dan Yang Ditunjuk (ahli waris) yang sudah dilegalisir.
9. Surat kuasa.

Dengan ini kami memberi kuasa kepada setiap dokter, rumah sakit, klinik atau fasilitas medis lainnya yang mempunyai izin, perusahaan asuransi atau organisasi lainnya, institusi atau perorangan yang memiliki data atau informasi mengenai kesehatan dari Tertanggung, untuk menjelaskan dan memberikan kepada PT Equity Life Indonesia atau reasuransinya setiap informasi penyakitnya, dari semasa hidup/ sakit atau pada saat meninggal dunia. Fotocopy dari surat kuasa ini akan berlaku sama seperti aslinya.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Hormat kami,

materai

\_\_\_\_\_  
Pemegang Polis/Perusahaan\*

\_\_\_\_\_  
Yang Ditunjuk / Ahli Waris