

## FORMULIR PENGAJUAN KLAIM MENINGGAL DUNIA – ASURANSI KUMPULAN DEATH CLAIM APPLICATION FORM – GROUP INSURANCE

(Diisi oleh ahli waris /Add with beneficiary)

Yang bertandatangan di bawah ini / The undersigned :

### Data Termaslahat/Ahli Waris / Data Of The Beneficiary

Nama Lengkap / Full Name : \_\_\_\_\_

Jenis kelamin / Sex : ☐ Laki-laki / Male ☐ Perempuan / Female

Tempat Tgl. Lahir/Usia / Place and Date of Birth /Age : \_\_\_\_\_,       /   Tahun / Year

Alamat / Address : \_\_\_\_\_

Kode Pos / Zip Code : \_\_\_\_\_

Telepon / Telephone : Kantor / Office : \_\_\_\_\_ Rumah / Resident : \_\_\_\_\_

HP / Cellular : \_\_\_\_\_

Faksimili / Facsimile : \_\_\_\_\_ E- mail : \_\_\_\_\_

Hubungan Dengan Tertanggung / peserta : ☐ Anak / Child ☐ Istri / Wife ☐ Suami / Husband

Relationship With Insured / Participant ☐ Lain-lain / other : \_\_\_\_\_

### Menerangkan Dengan Sebenarnya, Bahwa / Trully Stated, That

Nomor Polis / Policy Number : \_\_\_\_\_

Nama Lengkap Tertanggung / Full Name of Insured : \_\_\_\_\_

Jenis kelamin / Sex : ☐ Laki-laki / Male ☐ Perempuan / Female

Tempat Tgl. Lahir;Usia / Place and Date of Birth ;Age : \_\_\_\_\_,       /   Tahun / Year

Alamat / Address : \_\_\_\_\_

Kode Pos / Zip Code : \_\_\_\_\_

Telepon / Telephone : Rumah / Resident: \_\_\_\_\_ HP / Cellular : \_\_\_\_\_

Pekerjaan / Occupation : \_\_\_\_\_

(Mohon cantumkan nama perusahaan/alamat dan noTlp /  
Name of Company / Position Address and Phone ) \_\_\_\_\_

Telah Meninggal Dunia Pada / Date of Death : Hari / Day : \_\_\_\_\_,

Sebab Meninggal / Cause of Date : ☐ Sakit / Illness ☐ Kecelakaan / Accident ☐ Lainnya / Other : \_\_\_\_\_

Tempat Meninggal / Place of Date : ☐ Rumah Sakit / Hospital ☐ Rumah / Home ☐ Lainnya / Other : \_\_\_\_\_

### Jika Meninggal Karena Penyakit / If Death Due to Disease

Apakah Tertanggung meninggal dunia secara mendadak (tidak menderita sakit sebelumnya )? : ☐ Ya / Yes ☐ Tidak / No

Has the Insured Person died suddenly (not suffering from illness)

Jika ya, tuliskan kronologis kejadiannya / : \_\_\_\_\_

If yes, write down the chronological occurrence

Jika Tidak, Jawablah Pertanyaan 1 dan 2  
If not, please answer questions 1 and 2

1. Kapan Tertanggung merasakan keluhan atau menunjukkan gejala dari penyakit terakhir yang dideritanya ?  
When did the deceased first complain of or give indications of his last illness ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Kapan pertama kali Tertanggung diperiksa ke dokter untuk penyakit terakhirnya ?  
When did the deceased first consult a doctor for his last illness ?

Sebutkan penyakit-penyakit lain yang pernah diderita termasuk sejak kapan diderita dan tempat konsultasi / tempat perawatan  
Please mention any other diseases suffered including when, and where consulted / hospitalized

No No	Penyakit Disease	Diderita Sejak Suffered Since	Nama dan Alamat Dokter/ Rumah Sakit Name and Address of Doctor/ Hospital

**Jika Meninggal Karena Kecelakaan / If Death Due to Accident**

Tanggal dan tempat terjadinya kecelakaan / Date and place of accident :         , \_\_\_\_\_

Apakah kecelakaan ini dilaporkan kepada pihak berwajib ? Jika tidak, mengapa? ☐ Ya / Yes ☐ Tidak / No  
Is this accident reported to the police ? If not what was the reason?

Jabarkan secara lengkap bagaimana kecelakaan terjadi ? / Please give us a detailed explanation of how the accident happened ?

Apakah Tertanggung diasuransikan di perusahaan asuransi lain? / Is the Insured by other insurance companies? : ☐ Ya / Yes ☐ Tidak / No  
Nama perusahaan asuransi / Name of insurer : \_\_\_\_\_, Nomer Polis / policy Number : \_\_\_\_\_

**Keterangan tambahan (wajib diisi), Semua keterangan yang diisi hanya untuk kepentingan PT. BNI Life Insurance :**

Apakah Tertanggung atau keluarga dekat Tertanggung sedang atau pernah memegang jabatan di pemerintahan baik di dalam negeri atau luar negeri ?  
/ Have the Insured or their family ever been become officer in the local government or abroad ? ☐ Ya / Yes ☐ Tidak / No

Bila Ya, mohon mengisi pertanyaan berikut / If Yes, please answer the question below :

Nama / Name : \_\_\_\_\_ Institusi / Institution : \_\_\_\_\_  
Posisi / Position : \_\_\_\_\_ Masa Jabatan / Term of service : \_\_\_\_\_  
Negara / Country : \_\_\_\_\_ Hubungan dengan yang ditunjuk / wakil ahli waris : \_\_\_\_\_  
Relationship with beneficiary

Mohon diisi apabila yang ditunjuk / wakil ahli waris adalah pejabat yang bersangkutan / Please answer if the beneficiary is the officer :  
Sumber dana / Resource of fund : \_\_\_\_\_

**PENERIMA MANFAAT / WAKIL AHLIWARIS / BENEFICIARY**

\_\_\_\_\_  
Tempat dan Tanggal / Place and Date

\_\_\_\_\_  
Tandatangan dan Nama / Signature and Name