

FORMULIR PENGAJUAN KLAIM Asuransi Mikro

Nama Peserta	:
Alamat	
	No. Telp :
Nama Produk	:
Nomor Kepesertaan	:
Jenis Klaim	: Meninggal Dunia karena Kecelakaan
	Meninggal Dunia karena Penyakit
	Cacat Tetap Total atau Sebagian karena Kecelakaan
	Rawat Inap di Rumah Sakit karena Kecelakaan
	Penggantian Biaya Operasi / Pembedahan karena
	Kecelakaan
Tanggal Kejadian	:
Nama Pengaju Klaim	:
(penerima manfaat/ahli waris)	No. Telp :
Hubungan dengan Peserta	:
Nomor Rekening	:
Nama Pemegang Rekening	:
Nama Bank / Kantor Cabang	:
	,//
	Pemohon,

(Tanda Tangan Sesuai KTP)

Dokumen Kelengkapan Klaim :

Jenis Manfaat	Identitas diri (KTP) Peserta dan Penerima Santunan	Kartu Keluarga (KK)	Akta Kematian Dari Dinas Kependudukan dan Pencatatan Sipil	Keterangan Diagnosa (RS/Klinik/Puskesmas)	Kronologi Kematian atau BAP kepolisian Jika tidak di Rumah Sakit	Kwitansi / rincian biaya (RS/Klinik/Puskesmas)
Manfaat Santunan Meninggal Dunia karena Kecelakaan	V (fotocopy)	V (fotocopy)	V (Asli/fotocopy)	V (Asli/fotocopy)	V (Asli/fotocopy)	
Manfaat Santunan Meninggal Dunia karena Penyakit	V (fotocopy)	V (fotocopy)	V (Asli/fotocopy)	V (Asli/fotocopy)	V (Asli/fotocopy)	
Manfaat Santunan Cacat Tetap Total atau Sebagian karena Kecelakaan	V (fotocopy)			V (Asli/fotocopy)		
Manfaat Santunan Harian Rawat Inap di Rumah Sakit karena Kecelakaan	V (fotocopy)			V (Asli/fotocopy)		V (Asli/fotocopy)
Manfaat Santunan Penggantian Biaya Operasi / Pembedahan karena Kecelakaan	V (fotocopy)			V (Asli/fotocopy)		V (Asli/fotocopy)

Dokumen dikirim ke Kantor Pusat PT BNI Life Insurance, alamat :

PT BNI Life Insurance
Up: Bagian Klaim Jiwa
Centennial Tower Lt.9
Jalan Gatot Subroto Kav.24-25, Jakarta 12930