CHECK LIST FORM

INDIVIDU – CRITICAL ILLNESS CLAIM

CLAIM DEPARTMENT - PT AVRIST ASSURANCE

No Polis		
Nama Pemegang Polis		
Nama Tertanggung		
SO / Agent		
Tanda Tangan & Nama Jelas		Tanggal :

Kelengkapan berkas :

A. HARUS ADA :

1. ASLI :

[ ] Form I (Diisi lengkap oleh Pengaju Klaim)

[ ] Form II (Diisi lengkap oleh Dokter Pemeriksa dan Cap Rumah Sakit)

[ ] Polis

2. SALINAN :

[ ] KTP Tertanggung, Pemilik Polis

[ ] Bukti Perawatan Rumah Sakit (hasil laboratorium & pemeriksaan penunjang diagnostik perincian biaya pengobatan, obat-obatan, dll)

B. JIKA DIPERLUKAN :

SALINAN :

[ ] Passport tertanggung, apabila perawatan dilakukan di luar negeri

Catatan :

- Apabila Tertanggung meninggal, maka persyaratan ditambah persyaratan pada klaim life/kematian
- Persyaratan tersebut di atas merupakan persyaratan minimum bagian Claim Department
- Claim Department dapat meminta persyaratan lain yang diperlukan pada saat proses
- Agar proses klaim dapat dilakukan dengan lebih cepat maka diharapkan semua persyaratan dilengkapi dahulu dan diisi oleh pemilik polis / yang mengajukan klaim