

CHECK LIST FORM
INDIVIDU - LIFE CLAIM (KEMATIAN)
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/Ahli waris dan saksi (keluarga dekat almarhum)
- Form II (Diisi lengkap oleh Dokter Pemeriksa dan Cap Rumah Sakit)
- Polis
- Kuitansi Pembayaran Premi Terakhir

2. SALINAN + LEGALISIR :

- KTP Tertanggung
- KTP Yang Ditunjuk
- Kartu Keluarga
- KTP Saksi
- Surat Kematian dari Rumah Sakit
- Surat Kematian dari Kelurahan
- Surat Pemakaman/Kremasi

B. JIKA DIPERLUKAN :

SALINAN + LEGALISIR :

- Visum, apabila diduga meninggal karena kecelakaan atau tidak wajar
- Surat Keterangan dari Kepolisian, apabila diduga meninggal karena kecelakaan atau tidak wajar

Catatan :

- 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