

**CHECK LIST FORM**  
**INDIVIDU - HEALTH CLAIM (SAKIT)**  
**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)
- Kuitansi Perawatan Rumah Sakit

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
- Jika tidak ada kuitansi asli bisa menggunakan kuitansi yang dilegalisir oleh Asuransi yang sebelumnya dengan melampirkan :
  - a. Surat Pengantar dari Perusahaan Asuransi sebelumnya (Perusahaan Asuransi yang mengeluarkan kuitansi legalisir tersebut)
  - b. Laporan Perincian klaim yang sudah dibayarkan oleh Asuransi tersebut