

**FORMULIR KLAIM MENINGGAL DUNIA**  
**TERMASUK KLAIM PAYOR BENEFIT AKIBAT MENINGGAL DUNIA**  
**DEATH CLAIM FORM (INCL. PAYOR BENEFIT CLAIM CAUSED BY DEATH)**



PT AVRIST ASSURANCE

Pernyataan dari yang mengajukan klaim / *Claimant statement* Tanggal Penerimaan Dokumen (Diisi oleh pihak Avrist)      
*Document Received Date (Filled by Avrist)* (hh/dd) (bb/mm) (tttt/yyyy)

CATATAN: Setiap Pengaju Klaim wajib mengisi 1 (satu) Formulir Klaim ini. Untuk mempercepat proses klaim, dimohon untuk melengkapi dokumen yang diperlukan dan menjawab seluruh pertanyaan di bawah ini dengan lengkap, benar dan jelas. Beri tanda (✓) dalam kotak pertanyaan pilihan.  
 NOTE: Every Claimant must complete 1 (one) Claim Form. To accelerate the claim process, please complete all the documents needed and answer all questions below completely, correctly and clearly. Tick (✓) inside the box question.

No.Polis / *Policy number*   
 Klaim yang ingin diajukan / *Type of claim to be submitted*  Meninggal / *Death*  Bebas Premi / *Waiver of Premium*

**A. DATA PENGAJU KLAIM / CLAIMAN'S DATA**

Nama / *Name*   
 Tanggal Lahir / *Date of Birth*  Tanggal/Date /  Bulan/Month /  Tahun/Year  
 NIK (untuk WNI)/No. Paspor (untuk WNA) / *NIK (for Indonesian)/No. Passport (for foreign)*   
 Kewarganegaraan / *Nationality*   
 Alamat saat ini / *Current Address*   
 Pekerjaan Utama / *Main Job*   
 Nama Perusahaan / *Company name*   
 Jenis, Bidang usaha / *Type of business*   
 Alamat Kantor / *Office address*   
 No. Telp. Kantor / *Office phone number*   
 No. NPWP (jika ada) / *NPWP No. (if any)*   
 No HP / *Mobile Number*   
 Alamat Email / *Email Address*   
 Hubungan dengan Tertanggung / *Relation with Insured* \_\_\_\_\_  
 Penjelasan terhadap informasi di atas / *Explanation regarding above information* \_\_\_\_\_  
 Posisi penting di Pemerintahan/Masyarakat (termasuk keluarga) / *Important positions in Government/Community (including family)*  Ya / *Yes*  Tidak / *No*  
 Jelaskan / *Please explain* \_\_\_\_\_

**B. DATA TERTANGGUNG / INSURED'S DATA**

Nama / *Name*   
 NIK (untuk WNI) / No. Paspor (untuk WNA) / *NIK (for Indonesian)/No. Passport (for foreign)*   
 Tanggal Lahir / *Date of Birth*  Tanggal/Date /  Bulan/Month /  Tahun/Year  
 Tanggal Meninggal / *Date of Death*  Tanggal/Date /  Bulan/Month /  Tahun/Year  
 Tempat Meninggal / *Place of Death*  Rumah Sakit / *Hospital*  Rumah / *Home*  Lainnya / *Others* \_\_\_\_\_  
 Penyebab Meninggal / *Cause of Death*  Penyakit / *Illness*  Kecelakaan / *Accident*  Lainnya / *Others* \_\_\_\_\_

Nama dan alamat SEMUA dokter yang pernah memeriksa/merawat Tertanggung / *All doctor's name and address who has treated or examined Insured.*

Nama Dokter <i>Doctor's Name</i>	Alamat / <i>Address</i>	Tanggal Konsultasi / Rawat/Pemeriksaan <i>Consultation/ Hospitalisation/Examination Date</i>	Penyakit yang diderita (Diagnosa) <i>Diagnosa</i>

Perusahaan Asuransi <i>Insurance Company</i>	Nomor Polis <i>Policy Number</i>	Tanggal Polis / <i>Effective Date</i>	Jumlah Uang Pertanggungan <i>Sum Assured</i>

**C. JIKA PENGAJUAN KLAIM PAYOR BENEFIT ATAU PEMEGANG POLIS MENINGGAL DUNIA / CLAIM FOR PAYOR BENEFIT OR IF POLICY OWNER DEATH**  
 Mohon agar mengisi data pengajuan perubahan pemegang polis sebagai berikut / *Please fill the data change of policy owner below :*

Nama Lengkap / <i>Full Name</i> :	_____	<b>Data Pekerjaan / <i>Occupation</i></b>	
No. Kartu Pengenal / <i>ID Number</i> :	_____	Pekerjaan / <i>Occupation</i> :	_____
Tanggal Lahir / <i>Date of Birth</i> :	_____	Nama Perusahaan / <i>Company's Name</i> :	_____
Jenis Kelamin / <i>Gender</i>	<input type="checkbox"/> Pria / <i>Male</i> <input type="checkbox"/> Wanita / <i>Female</i>	Jenis Usaha / <i>Nature of Business</i> :	_____
Status / <i>Marital Status</i>	<input type="checkbox"/> Kawin / <i>Married</i> <input type="checkbox"/> Cerai Hidup/ <i>Divorce</i> <input type="checkbox"/> Belum Kawin / <i>Single</i> <input type="checkbox"/> Cerai Mati/ <i>Widowed</i>	Alamat Perusahaan / <i>Company's Address</i> :	_____
No. NPWP (jika ada) / <i>NPWP No. (if any)</i> :	_____	Penghasilan Bersih per Tahun / <i>Net Annual Income</i> :	_____
Kewarganegaraan (Hanya diisi oleh WNA) / <i>Nationality (For foreigner only)</i> :	_____	<b>Data Rekening Bank / <i>Account Bank No.</i></b>	
Hubungan dengan tertanggung / <i>Relationship with the insured</i> :	_____	Nama Pemilik Rek / <i>Acc Name</i> :	_____
Alasan perubahan pemilik polis / <i>Reason of change Policy Owner</i> :	_____	No. / <i>Number / Company's Name</i> :	_____
		Nama Bank / <i>Bank Name</i> :	_____
		Cabang / <i>Branch</i> :	_____

**Alamat Tempat Tinggal Sekarang | Current Residential Address:**

Nama Jalan / *Full Name* : \_\_\_\_\_  
 RT/RW : \_\_\_\_\_  
 Kelurahan / *Suburb* : \_\_\_\_\_  
 Kota / *City* : \_\_\_\_\_  
 Kode Pos / *Postal Code* : \_\_\_\_\_  
 Telepon / *Phone Number* : \_\_\_\_\_  
 Alamat E-mail / *Email Address* : \_\_\_\_\_

Tanda Tangan Pemilik Polis Baru |  
*Signature New Policy Owner*

(Nama Jelas | *Sure Name*)

**D. APABILA KLAIM SESUAI DENGAN KETENTUAN POLIS DAN DISETUJUI, PEMBAYARAN DILAKUKAN KEPADA:**  
*IF THE CLAIM MEETS THE PROVISIONS OF THE POLICY AND APPROVED, PAYMENT IS MADE TO:*

Nama Pemilik Rekening / <i>Account Owner's Name</i>	_____
Bank / <i>Bank</i>	_____
Cabang / <i>Branch</i>	_____
Nomor rekening / <i>Account number</i>	_____
Mata Uang / <i>Currency</i>	<input type="checkbox"/> Rupiah / <i>IDR</i> <input type="checkbox"/> Dollar Amerika / <i>USD</i>

## E. INFORMASI KORESPONDENSI KLAIM / CLAIM CORRESPONDENCE

### Alamat Pengiriman Surat Keputusan Klaim / Correspondence Address for Claim Decision Letter

Mohon agar mengisi seluruh data dibawah ini dengan lengkap, jelas & benar / Please Fill all the questions below :

Alamat Lengkap/ Full Address : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
RT/ RW : \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Kelurahan / Suburb : \_\_\_\_\_  
Kecamatan / Subdistrict : \_\_\_\_\_  
Kota / City : \_\_\_\_\_  
Provinsi / Province : \_\_\_\_\_  
Kode Pos/ Postal Code : \_\_\_\_\_

## F. PERNYATAAN / DECLARATION

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa Saya telah membaca, mengerti dan menjawab seluruh pertanyaan dengan lengkap dan benar. Saya mengajukan klaim atas pertanggungan tersebut kepada PT Avrist Assurance ("Perusahaan") dan menyetujui bahwa pernyataan tertulis dan laporan dari semua dokter yang memeriksa atau merawat Almarhum/ah dan segala surat-surat yang dibutuhkan untuk klaim merupakan dan dianggap sebagai bagian dari Bukti Meninggal Dunia. Saya juga memberi kuasa dan menyetujui Perusahaan untuk melakukan verifikasi kepada pihak lain ataupun meminta tambahan dokumen untuk mendukung informasi tersebut diatas. Selanjutnya Saya menyetujui bahwa pemberian formulir ini atau formulir-formulir pelengkap lainnya, oleh Perusahaan, tidak merupakan atau dianggap persetujuan Perusahaan atas klaim tersebut dan juga tidak merupakan pengelakan dari hak atau kewajiban.

Saya menjamin bahwa Saya bukan Warga Negara Amerika Serikat sebagaimana yang dimaksud oleh ketentuan perundang-undangan pajak penghasilan dari Pemerintah Federal Amerika Serikat dan Saya tidak bertindak atau atas nama seorang Warga Negara Amerika Serikat.

Pernyataan yang salah atau tidak benar ataupun adanya perubahan mengenai status pajak saya diatas dapat dikenakan sanksi/ denda berdasarkan hukum pajak Amerika Serikat yang dilakukan oleh perusahaan yang telah mengikuti FATCA, dan Saya bersedia menanggung sanksi/ denda yang disebabkan oleh pernyataan tersebut.

*I, the undersigned, declare that I have read, understood and answered all of the questions completely and correctly. I submit the claim for policy coverage to PT. Avrist Assurance ("the Company") and I agree that the written statements and reports from all the doctors who examined or treated deceased and all the papers needed for the claim, can be considered as the part of Proof of Death. I certify all information provided above is true and agree to the Company to verify to other parties or request additional documents to support the above information. Further, I agree that the granting of this form or any other supplementary forms, by the Company, is not or shall not be considered as an approved of suchs claim and is also not a circumvention of any rights or obligations.*

*I guarantee that I am not a US citizen as defined by income tax statutory provisions from the Federal Government of the United States and I am not acting or on behalf of a United States Citizen.*

*Any incorrect statements or changes of my above tax status may be liable to sanctions / penalties under United States tax laws by companies that have participated in FATCA, and I am willing to bear the sanctions imposed by such statements.*

## G. TANDA TANGAN PENGAJU KLAIM / CLAIMAN'S SIGNATURE

Tanggal Tanda Tangan / Date of Signature   /   /     
Tanggal/Date Bulan/Month Tahun/Year

## H. DOKUMEN YANG HARUS DILENGKAPI UNTUK PROSES KLAIM / DOCUMENTS WHICH MUST BE COMPLETED FOR THE CLAIM PROCESS

- Formulir Klaim Yang Diisi lengkap oleh Pengaju Klaim / Filled Claim Form Completely by Claiman
- Surat Keterangan Dokter Yang Diisi lengkap oleh Dokter Pemeriksa / Phisycian's Statement filled by Attending Phisycian
- Salinan Legalisir Kartu Identitas yang masih berlaku dari Pengaju Klaim dan Yang ditunjuk' / Legalized Copy of valid ID Card of Policy Holder, Insured and Beneficiary
- Salinan Legalisir Kartu Keluarga yang masih berlaku dari Pemilik Polis, Tertanggung dan Yang Ditunjuk / Legalized Copy of valid Kartu Keluarga of Policy Holder, Insured and Beneficiary.
- Salinan Legalisir Surat Keterangan Kematian dari Rumah Sakit / Legalized Copy of Death Certificate from hopspital

- Salinan Legalisir Surat Keterangan Kematian dari Kelurahan/Akta Kematian / Legalized Copy of Death Certificate from authority or government
- Salinan Legalisir Surat Keterangan Kremasi/Pemakaman / Legalized Copy of cremation/burial certificate
- Surat Kronologis Asli kejadian (untuk kejadian meninggal selain di Rumah Sakit) / Original Chronological Letter of event (if not died in Hospital)
- Salinan Legalisir Surat Keterangan Kepolisian/Visum untuk kematian tidak wajar atau akibat kecelakaan / Legalized Copy of Policy Report/Visum for un-natural death or caused by an accident

CATATAN: Avrist (melalui Claim Dept.) dapat meminta dokumen lain apabila dibutuhkan.  
NOTE: Avrist (through Claim Dept.) has right to ask additional documents if needed.