

FORMULIR KLAIM (SELAIN KLAIM MENINGGAL DUNIA) CLAIM FORM (NON DEATH CLAIM)

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: Pengaju Klaim wajib mengisi 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 this 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.

Klaim yang ingin diajukan / *Type of claim to be submitted* :
 Perawatan Rumah Sakit/
Hospitalization Penyakit Kritis/
Critical Illness Cacat Tetap/
Permanent Disablement
 Bebas Premi /
Waiver of Premium Lainnya /
Others
No. Polis / *Policy number* :

A. DATA PENGAJU KLAIM / CLAIMANT'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)*
No HP / *Mobile Number*
Alamat Email / *Email Address*

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

C. INFO MEDIS / MEDICAL INFO

Keluhan gejala yang timbul / *Signs / Symptoms* _____
Tanggal Keluhan/Gejala timbul pertama kali / *Date of first Signs / Symptoms* Tanggal/Date / Bulan/Month / Tahun/Year
Apakah akibat dari kecelakaan? / *Was it caused by an accident?* Ya / Yes Tidak / No
Tanggal Perawatan / *Hospitalized since* Tanggal/Date / Bulan/Month / Tahun/Year
Hingga/Until Tanggal/Date / Bulan/Month / Tahun/Year

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 / *Account Owner's Name*
Bank / *Bank*
Cabang / *Branch*
Nomor rekening / *Account number*
Mata Uang / *Currency* Rupiah / IDR Dollar Amerika / USD

E. PERNYATAAN / DECLARATION

Saya yang bertandatangan di bawah ini menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab seluruh pertanyaan dengan lengkap dan benar. Saya juga menyatakan, dengan telah dilakukannya pembayaran oleh PT Avrist Assurance, maka saya membebaskan PT Avrist Assurance dari segala tuntutan hukum dari pihak manapun, termasuk dari pihak ahli waris atau pihak yang ditunjuk, berkaitan dengan klaim asuransi ini.

I, the undersigned, declare that I have read, understood and answered all questions completely and correctly. I also declare that with the payment has been made by PT Avrist Assurance, I release PT Avrist Assurance for any lawsuits from any party including the heirs or assigns relating to this insurance claim.

TANDA TANGAN PENGAJU KLAIM / CLAIMANT'S SIGNATURE

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

F. DOKUMEN YANG DIMINTA UNTUK PROSES KLAIM / DOCUMENTS WHICH ARE REQUIRED FOR THE CLAIM PROCESS

Dokumen Asli (Wajib) / Original Document (Mandatory):

1. Formulir Klaim Yang Diisi lengkap oleh Pengaju Klaim / *Claim Form Completed by Claimant*
2. Surat Keterangan Dokter Yang Diisi lengkap oleh Dokter Pemeriksa/ *Doctor's Certificate which is filled out completely by the examining doctor*
3. Kuitansi Perawatan Rumah Sakit / *Hospitalization Receipts from Hospital*
4. Surat Kronologis Kejadian / *Chronology Letter*
5. Surat Koordinasi Manfaat dari Penjamin Pertama / *Coordination of Benefit Letter came from first Insurer*
6. Surat Pernyataan / *Statement Letter*

* _____
* _____
* _____

Dokumen Salinan / Copy Document

1. Hasil laboratorium & pemeriksaan penunjang diagnostik / *Diagnostic Test Report*
2. Rincian biaya perawatan, obat-obatan / *Details of Final Bills*
3. Kartu identitas Tertanggung / *ID Card of Insured*
4. Kartu identitas Pemilik Polis / *ID Card of Policy Owner*
5. Paspor / *Passport*

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