

PENGAJUAN PEMBAYARAN MANFAAT ASURANSI POLIS

INDIVIDU KUMPULAN

Nama Pemegang Polis / Perusahaan : _____

Dengan ini mengajukan klaim pembayaran manfaat asuransi kepada PT Equity Life Indonesia atas :

Nama Tertanggung / Peserta : _____

Polis Nomor / Peserta : _____

Sehubungan dengan klaim asuransi atas risiko (diisi dengan tanda X) :

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Meninggal | <input type="checkbox"/> Perawatan Rumah Sakit (HCP) |
| <input type="checkbox"/> Kecelakaan | <input type="checkbox"/> _____ |

Sebagai kelengkapan klaim kami lampirkan :

1. Polis dan Kwitansi asli pembayaran premi terakhir (khusus Polis Individu).
2. Surat Keterangan Dokter (formulir asli dari PT Equity Life Indonesia).
3. Surat Keterangan Ahli Waris asli.
4. Copy Surat Laporan Kematian dari kelurahan setempat yang sudah dilegalisir.
5. Copy Surat Laporan Kematian dari kepolisian (untuk klaim meninggal akibat kecelakaan) yang sudah dilegalisir.
6. Copy Surat Keterangan Pemeriksaan Mayat dari Rumah Sakit / dokter yang terakhir merawat yang sudah dilegalisir.
7. Copy Kartu Keluarga Tertanggung yang sudah dilegalisir.
8. Copy KTP Tertanggung dan Yang Ditunjuk (ahli waris) yang sudah dilegalisir.
9. Surat kuasa

Dengan ini kami memberi kuasa kepada setiap dokter, Rumah Sakit, klinik atau fasilitas medis lainnya yang mempunyai izin, perusahaan asuransi atau organisasi lainnya, institusi atau perorangan yang memiliki data atau informasi mengenai kesehatan dari Tertanggung, untuk menjelaskan dan memberikan kepada PT Equity Life Indonesia atau reasuransinya setiap informasi penyakitnya, dari semasa hidup / sakit atau pada saat meninggal dunia. Copy dan surat kuasa ini akan berlaku sama seperti aslinya.

_____ , _____

Hormat saya,

_____ meterai

_____ Pemegang Polis/Perusahaan*

_____ Yang Ditunjuk / Ahli Waris