

FORMULIR KLAIM MENINGGAL DUNIA - ASURANSI KUMPULAN
DEATH CLAIM FORM - GROUP INSURANCE

PETUNJUK PENGAJUAN KLAIM

GUIDELINE OF CLAIM SUBMISSION

- Formulir ini harus diisi dengan lengkap, benar dan jelas. Klaim hanya dapat diproses bila semua dokumen telah dilengkapi.**
This form should be filled in correctly, completely and clearly. Claim will only be processed if all supporting documents are completely attached.
- Mohon mengisi dengan menggunakan tinta hitam, huruf kapital, jelas dan memberi tanda (v) pada kotak jawaban yang sesuai.**
Please fill in by using black ink, in capital letters, clear and mark (v) in the appropriate answer box.
- Jika terjadi salah penulisan, mohon untuk tidak dihapus melainkan dicoret dan bubuhkan tanda tangan di sebelahnya sesuai dengan kartu identitas diri yang dilampirkan.**
If there is a mistake, please do strikethrough and don't delete, you are required to affix your signature next to correction. Your signature (as provided in ID Card) is required to be affixed next to the strikethrough.

DOKUMEN YANG WAJIB DILAMPIRKAN
REQUIRED DOCUMENTS TO BE ATTACHED

- Formulir klaim meninggal dunia yang dikeluarkan oleh PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA dan telah diisi dengan lengkap, benar, dan jelas oleh Pemegang Polis dan/atau Penerima Manfaat (asli);
Death Claim Form issued by PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA and filled in completely, correctly, and clearly by Policyholder and/or Beneficiary (original);
- Bukti Kebersertaan berupa Sertifikat Asuransi atau bukti kepesertaan lainnya (asli);
Proof of Participation in the form of an Insurance Certificate or other proof of participation (original);
- Surat Keterangan Dokter yang dikeluarkan oleh PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA dan telah diisi lengkap oleh dokter yang merawat dan/atau dokter penasehat yang ditunjuk oleh PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA mengenai penyebab meninggal dunia (asli);
Attending Physician's Statement issued by PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA and has been completely filled by treating doctor and/or doctor appointed by PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA regarding cause of death (original);
- Akta Kematian (asli atau salinan yang dilegalisir). Jika meninggal dunia di luar negeri, maka instansi yang berwenang serendah-rendahnya adalah Konsulat Jenderal Republik Indonesia;
Death Certificate (original or legalized copy). If insured dies abroad, the authorized institution at least is the Consulate General of Republic Indonesia;
- Surat Keterangan Pemakaman atau Kremasi dari instansi yang berwenang (asli atau salinan yang telah dilegalisir);
Funeral or Cremation Certificate from authorized institution (original or legalized copy);
- Surat keterangan dari kepolisian, jika meninggal dunia akibat kecelakaan / sebab yang tidak wajar (asli atau salinan yang telah dilegalisir);
Police report for death due to accident or unnatural cause (original or legalized copy);
- Bukti identitas diri yang masih berlaku dari peserta dan penerima manfaat, berupa kartu tanda penduduk elektronik, paspor bagi warga negara asing, atau keterangan lain yang diterbitkan oleh pihak berwenang (salinan).
Proof of identity that is still valid from participants and beneficiary, in the form of electronic identity card, passport for foreign national, or other information issued by the authorities (copy).

SAYA YANG BERTANDATANGAN DIBAWAH INI MEWAKILI PEMEGANG POLIS DAN PESERTA
I, THE UNDERSIGNED HERE BELOW, REPRESENTING POLICYHOLDER AND PARTICIPANT

Nama Pemegang Polis :
Policyholder name
Nomor Polis :
Policy Number
Alamat Korespondensi :
Correspondence Address
Kota : Kode Pos : Provinsi :
City Postal Code Province

MENERANGKAN DENGAN SEBENARNYA BAHWA:
CERTIFY TRULY THAT

Nama Peserta : Jenis Kelamin : Pria Wanita
Participant's Name Gender Male Female
Nomor Bukti Kepesertaan : Kewarganegaraan :
Proof of Participation Number Nationality
Tempat, Tanggal Lahir : / / (tgl/bln/thn) Jenis Identitas :
Place, Date of Birth (dd/mm/yyyy) Type of ID Card
Telepon Seluler : Nomor Identitas :
Cellphone Identity Number
Telepon Rumah/Kantor :
Residence / Office Telephone Number
Alamat Peserta Sesuai Identitas :
Participant's Address in Accordance with ID Card
Kota : Kode Pos : Provinsi :
City Postal Code Province
Alamat Tempat Tinggal di Negara Asal (Khusus WNA) :
Address in The Country of Origin (Foreigner Only)
Peserta telah Meninggal Dunia pada (hari, tgl/bln/thn) Waktu :
Participant has Died On (day, dd/mm/yyyy) Time
Tempat Meninggal : Rumah Tinggal Rumah Sakit Tempat Lain :
Location of Death Residence Hospital Other places

Sebab Meninggal Dunia : Sakit Kecelakaan Lain-lain :
Reason of Death : Illness Accident Others :
Kronologis Kejadian Sebelum Peserta Meninggal Dunia :
Chronology of Events Prior to Death :

JIKA PESERTA JUGA MELAKUKAN KLAIM TERHADAP PERUSAHAAN ASURANSI LAIN
IF PARTICIPANT ALSO CLAIMS TO OTHER INSURANCE COMPANY

No	Other Insurance Name Nama Asuransi Lain	Nama Produk Asuransi Insurance Product Name	Nomor Polis Policy Number	Jumlah Uang Pertanggungan Sum Insured
1.				(IDR/CNY/USD)
2.				(IDR/CNY/USD)
3.				(IDR/CNY/USD)
4.				(IDR/CNY/USD)
5.				(IDR/CNY/USD)

PERSETUJUAN TENTANG DATA PRIBADI
CONSENT ON PERSONAL DATA

- Saya/Kami bersedia untuk menerima penawaran produk yang dikeluarkan dan/atau layanan yang diberikan oleh PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA melalui sarana komunikasi pribadi Saya/Kami, seperti telepon, short message service (SMS), email, faksimili dan sarana pribadi lainnya.
I/We willing to accept product offers issued and/or services provided by the PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA through My/Our personal communication facilities, such as telephone, short message service (SMS), fax, e-mail and other personal facilities.
- Saya/Kami memperkenalkan PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA untuk memberi data dan/atau informasi pribadi Saya/Kami yang tercatat di PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA kepada pihak ketiga dalam rangka pelaksanaan kegiatan usaha PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA
I/We allow the Company to provide data and/or My/Our personal information recorded in the PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA to the third party in the context of carrying out the Company's business activities
- Saya/Kami memahami bahwa PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA mengumpulkan dan menyimpan data pribadi Pemegang Polis, dan Peserta atau Penerima Manfaat untuk menyediakan, mengelola, mengembangkan dan menawarkan berbagai jasa atau produk asuransi kepada Pemegang Polis, di mana penawaran produk tersebut dapat dilakukan oleh PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA sendiri maupun mitra distribusi PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA. PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA akan melakukan analisa data terhadap data pribadi Pemegang Polis, dan Peserta atau Penerima Manfaat, baik analisa tersebut dilakukan oleh PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA sendiri ataupun PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA menunjuk pihak ketiga di dalam maupun di luar Indonesia. PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA juga akan menyimpan data pribadi Pemegang Polis, seperti nama, alamat, nomor email dan data transaksi sebagaimana disyaratkan oleh peraturan perundang-undangan yang berlaku di Indonesia. Pemegang Polis memahami dan menyetujui bahwa PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA dapat melaksanakan hal-hal di atas.
I/We understand that the PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA collects and stores personal data of Policyholder, and the Participant or Beneficiaries to provide, manage, develop and offer various insurance products or services to Policyholder, where the product offerings can be carried out by the PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA itself or distribution partners PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA. PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA will analyze the data on the personal data of the Policyholder, and the Participant or Beneficiary, whether the analysis is carried out by PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA or PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA appoints third parties inside and outside Indonesia. PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA will also store policyholder personal data, such as name, address, email number and transaction data as required by the laws and regulations in force in Indonesia. The Policyholder understands and agrees that PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA can carry out the above matters.

PEMBAYARAN MANFAAT ASURANSI
INSURANCE BENEFIT PAYMENT

<u>Nama Bank</u> :	<u>Nomor Rekening</u> :
<u>Bank Name</u>		<u>Account Number</u>	
<u>Cabang Bank</u> :	<u>Nama Pemilik Rekening</u> :
<u>Bank Branch</u>		<u>Account Holder Name</u>	
<u>Alamat Bank</u> :	<u>Mata Uang</u> :	<input type="checkbox"/> USD <input type="checkbox"/> CNY <input type="checkbox"/> IDR
<u>Bank Address</u>			US Dollar Chinese Yuan (RMB) Rupiah

PERNYATAAN DAN SURAT KUASA
DECLARATION AND POWER OF ATTORNEY

Saya/Kami menyatakan bahwa :

I/We declare that :

- Saya/Kami telah membaca, mengerti, dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar, tidak ada keterangan atau informasi yang Saya/Kami sembunyikan;
I/We have read, understood, and answered all questions above completely and correctly; I/We have nothing to hide
- Dengan ini Saya/Kami memberi kuasa kepada setiap dokter, rumah sakit, klinik, puskesmas, perusahaan asuransi, badan hukum, perorangan atau organisasi lainnya yang mempunyai catatan atau mengetahui keadaan kesehatan Peserta untuk memberitahukan kepada PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala keterangan mengenai diri dan kesehatan Peserta. Salinan dari pernyataan ini sama kuat dan sah seperti kuasa aslinya;
I/We hereby authorize any physician, clinic, hospital, public health center, insurance company, legal institution, personal or other organizations that have any records or information on the health of Participant to inform PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA or its affiliation/s, any explanation about Participant's health condition. A copy of this statement will be valid and true as the original;
- Saya/Kami memberikan kuasa dan persetujuan kepada PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA atau pihak yang diberikan kuasa olehnya untuk menyediakan informasi mengenai Peserta yang diperoleh dan dikumpulkan oleh PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA atau afiliasinya kepada pihak berkepentingan (termasuk namun tidak terbatas pada reasuransi, penyidik klaim, dan/atau asosiasi industri) yang memiliki kerjasama dengan PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA untuk tujuan memproses formulir ini dan/atau memproses pembayaran klaim dan/atau melakukan proses lainnya yang terkait dengan Peserta;
I/We authorize and give my consent to PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA or its affiliation/s to provide to any party (including but not limited to: reinsurance, claim investigator, and/ or industry association) that has cooperation with PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA for the purpose of processing this form and/or processing claim payment and/or processing other process related to Participant's policy;
- Saya/Kami juga memberikan persetujuan Saya/Kami kepada PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA atau mereka yang diberikan kuasa olehnya untuk memberikan informasi medis milik Peserta kepada Departemen Sumber Daya Manusia pada perusahaan Peserta, broker asuransi dan/atau Forum Klaim Indonesia;
I/We also give My/Our consent to PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA or its affiliation to provide Participant's medical information to Human Resources Department of Participant's company, insurance broker and/or any Indonesian Claim Forum;

v) Apabila di kemudian hari diketahui bahwa keterangan dan/atau pernyataan dan/atau pemberitahuan yang disampaikan ternyata keliru, atau ditemukan adanya dokumen lain yang sah secara hukum dapat membatalkan dokumen yang telah diberikan, maka Saya/Kami mengerti bahwa pengajuan ini akan batal demi hukum;

If in the future, it is proven that information given in this form is not accurate, or it is found that other documents which are legally valid can cancel the document that has been given, I/We understand that this claim is declared void;

vi) Saya/Kami memahami bahwa PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA dapat meminta dokumen asli atas pemberian kuasa sebagaimana dimaksud dalam poin (ii) dan (iii).
I/We understand that the PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA may request original documents for authorization as referred to points (ii) and (iii).

**PERSETUJUAN
CONSENT**

Saya/Kami menyatakan bahwa Saya/Kami telah mengisi seluruh data dan informasi dengan benar; telah membaca, memahami dan menyetujui seluruh syarat dan ketentuan sebagaimana dinyatakan pada formulir ini; dan menandatangani formulir ini dalam keadaan sadar serta tanpa paksaan. Segala risiko yang mungkin timbul sehubungan dengan pengajuan ini adalah tanggung jawab Saya/Kami sepenuhnya.

I/We certify that I/We have read, understood and agreed to all the terms and condition above. All risk that arise include those caused because this form was signed in a blank / incomplete condition, which is My/Our responsibility.

Ditandatangani di :

Tanggal : / / (tgl/bln/thn)
Date (dd/mm/yyyy)

Yang Menyatakan
Declared By

(Tanda Tangan dan Nama Jelas Pemegang Polis dan/atau Penerima Manfaat)
(Signature and Name of Policyholder and/or Beneficiary)

SURAT KETERANGAN DOKTER KLAIM MENINGGAL DUNIA
ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT FOR DEATH CLAIM

PETUNJUK PENGAJUAN KLAIM

GUIDELINE OF CLAIM SUBMISSION

- Formulir ini harus diisi dengan lengkap, benar, dan jelas oleh dokter yang merawat atau dokter yang ditunjuk oleh PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA**
This form should be filled in correctly, completely, and clearly by the attending physician or doctor appointed by PT CHINA LIFE INDONESIA
- Mohon mengisi dengan menggunakan tinta hitam, huruf kapital, jelas dan memberi tanda (v) pada kotak jawaban yang sesuai**
Please fill in by using black ink, in capital letters, clear and mark (v) in the appropriate answer box
- Jika terjadi salah penulisan, mohon untuk tidak dihapus melainkan dicoret dan bubuhkan tanda tangan di sebelahnya sesuai dengan kartu identitas diri yang dilampirkan.**
If there is a mistake, please do strikethrough and don't delete, you are required to affix your signature next to correction. Your signature (as provided in ID Card) is required to be affixed next to the strikethrough.

IDENTITAS DOKTER YANG MERAWAT

ATTENDING PHYSICIAN IDENTITY

Nama Lengkap :
Full Name

Nama Rumah Sakit :
Hospital Name

Telepon Rumah/Kantor :
Home/Office Telephone Number

Telepon Seluler :
Cellphone

Alamat Tempat Tinggal Dokter :
Address of Doctor's Residence

Kota : Kode Pos : Provinsi :
City Post code Province

KETERANGAN DOKTER (Diisi oleh Dokter yang Merawat)
MEDICAL RESUME (to be Completed by the Attending Physician)

Nama Pasien : Nomor Rekam Medis : (tgl/bln/thn)
Name of the Patient Medical Record Number (dd/mm/yyyy)

Tanggal Lahir : / / (tgl/bln/thn) Tanggal Mulai Perawatan : (tgl/bln/thn)
Date of Birth (dd/mm/yyyy) Admission Date (dd/mm/yyyy)

Jenis Kelamin : Pria Wanita Tanggal Akhir Perawatan : (tgl/bln/thn)
Gender Male Female Discharge Date (dd/mm/yyyy)

Peserta Telah Meninggal Dunia Pada (hari, tgl/bln/thn) : Waktu :
Participant has Died On (day, dd/mm/yyyy) Time

Sebab Meninggal Dunia : Sakit Kecelakaan Lain-lain :
Cause of Death Illness Accident Others

Apakah Pasien Dirawat Inap? Ya, Indikasi Rawat Inap?
Did the Patient Hospitalize? Yes, Indication of Hospitalization

Tidak, Apakah Pasien Mendapat Perawatan di Ruang Gawat Darurat?
No, Did Patient have Emergency Treatment?

Tidak
No

Ya, masuk Ruang Gawat Darurat Pukul : Keluar Ruang Gawat Darurat Pukul :
Yes, Admitted to the Emergency Room at Discharged from Emergency Room at

Perawatan di Ruang Gawat Darurat :
Treatment in the Emergency Room

Nama dan Spesialisasi Dokter yang Ikut Merawat Pasien 1.
Name and Specialty of All Treating Doctors

2.
 3.
 4.
 5.

Tanda dan Gejala Medis :
Medical Sign and Symptoms

Tanggal Pertama Kali Pasien Mengalami Gejala atau Keluhan : / / (tgl/bln/thn)
Date of First Initial Sign and Symptoms (dd/mm/yyyy)

Pemeriksaan Fisik yang Didapat :
Physical Examination Result

Hasil Pemeriksaan Penunjang (Termasuk Lab, Xray, CT scan, Patologi, Dll) :
Supporting Examination Result (Including Lab, Xray, CT scan, Pathology Result, Etc)

Diagnosa :
Diagnosis

Pengobatan :
Treatment

Operasi (Jika Dilakukan) :
Surgery (If Done)

Tanggal Pertama Kali Diagnosa Ditegakkan : / / (tgl/bln/thn)
Date of First Diagnosis (dd/mm/yyyy)

Apakah Sebelumnya Pasien Pernah Menjalani Konsultasi atau Perawatan Sebelumnya? Tidak Ya, Sebagai Berikut:
Has the Patient Ever Been Consulted or Hospitalized Before? No Yes, as Follows

Kunjungan ke: - <i>Sequence of Visit</i>	1	2	3
<u>Tanggal Kunjungan (tgl/bln/thn):</u> <i>Date of Visit (dd/mm/yyyy)</i>			
<u>Diagnosa:</u> <i>Diagnosis</i>			
<u>Nama Dokter:</u> <i>Name of Doctor</i>			
<u>Nama Rumah Sakit:</u> <i>Name of Hospital</i>			
<u>Alamat Tempat Tinggal Dokter:</u> <i>Address of Doctor's Residence</i>			
<u>Telepon Rumah/Kantor Dokter:</u> <i>Doctor's Home/Office Phone Number</i>			
<u>Telepon Seluler Dokter:</u> <i>Doctor's Cellphone Number</i>			

Penyebab Utama Kematian: :
Underlying Cause of Death

Penyebab Kematian di atas Berhubungan atau Diakibatkan oleh (Mohon Beri Tanda v pada Pilihan yang Sesuai):

The Underlying Cause of Death Above is Related to or as a Result of (Please Make v Where Applicable)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> <u>Kecelakaan</u>
<i>Accident</i> | <input type="checkbox"/> <u>Penyakit Menular Seksual</u>
<i>Sexually Transmitted Disease</i> | <input type="checkbox"/> <u>Hukuman Mati oleh Pengadilan</u>
<i>Death Penalty by the Court</i> |
| <input type="checkbox"/> <u>Tindakan/Percobaan Bunuh Diri/Pencideraan Diri Sendiri</u>
<i>Acts/Attempted Suicide/Self-injury</i> | <input type="checkbox"/> <u>Aktivitas/Olahraga Berbahaya</u>
<i>Dangerous Activities/Sport</i> | <input type="checkbox"/> <u>Penggunaan Narkotika, Alkohol, Racun, Gas, Bahan Sejenis, atau Obat Tanpa Resep</u>
<i>Use of Narcotics, Alcohol, Toxins, Gas, Similar Ingredients, or Medicines</i> |
| <input type="checkbox"/> <u>Tindakan/Percobaan Tindakan Kejahatan Melawan Hukum</u>
<i>Acts/Attempted Crime Against the Law</i> | <input type="checkbox"/> <u>HIV/AIDS</u>
<i>HIV/AIDS</i> | <input type="checkbox"/> <u>Lain-lain</u> :.....
<i>Others</i> |

Jika Pasien Meninggal Dunia Karena Kecelakaan, Mohon Keterangan Mengenai:

If the Patient Dies Due to an Accident, Please Provide Information About:

Tanggal Kecelakaan : / / (*tgl/bln/thn*)
Date of Accident (dd/mm/yyyy)

Lokasi Kecelakaan :
Location of Accident

Kronologis Kecelakaan :
Chronology of Accident

Kondisi Luka Pada Pasien (Jenis dan Kedalaman Luka) :
Injury in the Patient (Type and Depth of Injury)

Penyakit Lain yang Dialami Pasien:
Other Disease Experienced by the Patient

No	Nama Penyakit	Tanggal Pertama Kali Dialami (tgl/bln/thn)	Nama Dokter	Alamat Dokter
No	Name of the Disease	Date of First Onset (dd/mm/yyyy)	Name of the Doctor	Address of the Doctor
1				
2				
3				
4				

Jika Pasien Datang Dalam Keadaan Meninggal, Mohon Penjelasan Mengenai Sebab Meninggal dari Pengamatan Dokter (visum et repertum), Beserta Lokasi dan Jenis Lukanya:

If it is a Death-on-Arrival Case, Please Explain the Cause of Death Based on Your Observation (visum et repertum), Along with the Location and Type of Injuries

.....

Informasi Tambahan Lainnya (Jika ada) :
Other Additional Information (If any)

PERNYATAAN DOKTER
DOCTOR DECLARATION

Saya, yang bertanda tangan di bawah ini adalah dokter yang merawat, dengan ini menyatakan bahwa saya telah membaca dan menjawab seluruh pertanyaan pada formulir ini dengan lengkap, benar, dan sejujur-jujurnya.

I the undersign below is the attending physician declare that I have read and answer of all above questions completely, correctly and truthfully.

Ditandatangani di:
Signed in

Tanggal: / / (*tgl/bln/thn*)
Date (dd/mm/yyyy)

Tanda tangan & Nama Dokter
Doctor's Signature & Name

Cap Rumah Sakit
Hospital Stamp