

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 (asli);
Death Claim Form issued by PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA and filled in completely, correctly, and clearly by Policyholder (original)
- Sertifikat Asuransi (asli);
Insurance Certificate (original)
- Surat Keterangan Dokter yang merawat dan/atau Dokter penasehat yang ditunjuk oleh PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA mengenai penyebab meninggal dunia(asli);
Attending Physician's Statement 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 adalah Konsulat Jenderal Republik Indonesia;
Death Certificate (original or legalized copy). If insured dies abroad, the authorized agent 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 (asli atau salinan yang telah dilegalisir), berupa Kartu Tanda Penduduk Elektronik (e-KTP) atau Paspor yang dilengkapi dengan Kartu Ijin Tinggal Terbatas (KITAS) atau Kartu Ijin Tinggal Tetap (KITAP) bagi warga negara asing atau keterangan lain yang diterbitkan oleh pihak yang berwenang, Akta Kelahiran apabila Penerima Manfaat berusia di bawah 17 tahun, Kartu Keluarga
Identity Card (original or legalized copy) or Passport including Temporary or Permanent Residence Permit for foreigner or other information issued by authorized institution, Birth Certificate of Insured or Beneficiary if under 17 years old, Family Card .

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

Nama Pemegang Polis : Nama Kontak Penghubung Asuransi (PIC) :
Policyholder name PIC of Insurance Name
Nomor Polis : Nomor Telepon PIC :
Policy Number PIC Telephone Number
Alamat Korespondensi : No Telepon Kantor :
Correspondence Address Office Telephone No
Kota : Kode Pos : Provinsi :
City Post Code Province

DATA PESERTA
PARTICIPANT DATA

Nama Peserta : Jenis Kelamin : Pria Wanita
Participant's Name Gender Male Female
Nomor Peserta : Kewarganegaraan :
Participant Number Nationality
Nomor Sertifikat : Jenis Identitas :
Certificate Number Type of ID Card
Tempat, Tanggal Lahir : / / (tgl/bln/thn) Nomor Identitas :
Place of Birth (dd/mm/yyyy) Identity Number
Telepon Seluler : Status Kepegawaian Peserta :
Cellphone Employee Status of participant
Telepon Rumah/Kantor : Jabatan :
Home/Office Telephone Number Occupation
Alamat Peserta Sesuai Identitas :
Participant's Address in Accordance with ID Card
Kota : Kode Pos : Provinsi :
City Post 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 Home Hospital Other places
Tanggal Terakhir Peserta Masuk Bekerja : / / (tgl/bln/thn)
Employee's Last Day at Work (dd/mm/yyyy)
Sebab Meninggal Dunia : Sakit Kecelakaan Lain-lain :
Reason of Death Illness Accident Others
Kronologis Kejadian Sebelum Peserta Meninggal Dunia :
Event Chronology Prior to Death

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

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

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

PETUNJUK PENGAJUAN KLAIM

GUIDELINE OF CLAIM SUBMISSION

1. 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 doctor or doctor appointed by PT CHINA LIFE INSURANCE INDONESIA
2. 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
3. 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 DOCTOR'S IDENTITY*

Nama Lengkap : Telepon Rumah/Kantor :
Full Name *Home/Office Telephone Number*
Nama Rumah Sakit : Telepon Seluler :
Hospital Name *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 Doctor)*

Nama Pasien : Nomor Rekam Medis :
Name of the Patient *Medical Record Number*
Tanggal Lahir : / / (tgl/bln/thn) Tanggal Mulai Perawatan :
Date of Birth (*dd/mm/yyyy*) *Admission Date*
Jenis Kelamin : Pria Wanita Tanggal Akhir Perawatan :
Gender *Male* *Female* *Discharge Date*
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 :
Name and Specialty of All Treating Doctors
1.
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

<u>Kunjungan ke: -</u> <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'S 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 pyhsician 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