

## FORMULIR KLAIM MENINGGAL DUNIA DEATH CLAIM FORM

Formulir ini harus diisi dengan lengkap, jujur dan benar, ditandatangani oleh Ahli Waris Peserta yang sah, dan dilengkapi dengan persyaratan yang tertera dalam Formulir ini. Jika syarat-syarat pengajuan klaim dari Ahli Waris Peserta belum lengkap, maka Reliance akan menunda penyelesaian pembayaran klaim sampai dengan syarat-syarat pengajuan klaim tersebut dilengkapi.

This form must be filled out completely, honestly and true, signed by the Participant legitimate heirs, and attached with the requirements contained in this form. If the claim submitted by Participants heirs is incomplete, Reliance will then delay settlement of claims payments until all the necessary document completed and received.

Sesuai dengan ketentuan Polis, klaim kadaluarsa (dianggap melebihi batas waktu) yaitu Reliance dibebaskan dari kewajiban pembayaran apapun apabila dalam waktu 60 (enam puluh) hari kalender setelah Peserta meninggal dunia, Ahli Waris Peserta tidak melaporkan dan melengkapi dokumen klaim sebagaimana yang disyaratkan.

In accordance with the provisions of the Policy, the claim expired (considered to exceed the time limit), in which Reliance exempted from any payment, if within 60 (sixty) calendar days after the Participant dies, Participant heirs did not report and complete the claim documents as required.

Penyelesaian dan pembayaran klaim yang disetujui akan dilaksanakan oleh Reliance kepada Ahli Waris Peserta selambat-lambatnya 14 (empat belas) hari kerja setelah syarat-syarat pengajuan klaim dari Ahli Waris Peserta lengkap diterima.

Approved settlement and payment of claims will be processed by Reliance to Participant heirs in no later than 14 (fourteen) working days after the complete claim document received.

INFORMASI PASIEN		PATIENT INFORMATION	
Nama Peserta   Patient Name		<input type="checkbox"/> Pria   Male <input type="checkbox"/> Wanita   Female	
Nama Perusahaan   Company Name		Nomor Polis   Policy Number	
Tanggal Lahir   Date of Birth dd/mm/yy	Nomor Peserta   Membership Number	Mohon dilampirkan:	
Nama Karyawan   Employee Name	Hubungan   Relationship <input type="checkbox"/> Istri   Wife <input type="checkbox"/> Suami   Husband <input type="checkbox"/> Anak   Child	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kartu Peserta Asli   Original Membership Card</li> <li>- Fotokopi Identitas Peserta   Fotokopi Identitas Peserta</li> </ul>	

INFORMASI KEJADIAN		DEATH INFORMATION	
Tanggal Meninggal   Date of Death		Sebab Meninggal   Cause of Death	
Tempat Meninggal   Place of Death <input type="checkbox"/> Rumah   House <input type="checkbox"/> Clinic/Hospital   Klinik/Rumah Sakit <input type="checkbox"/> Perjalanan   Travel <input type="checkbox"/> Luar Negeri   Abroad <input type="checkbox"/> Lainnya   Others			
Jika meninggal di Klinik/Rumah Sakit, Klinik/Rumah Sakit apa?   If died in clinic/hospital, which clinic/hospital?		Mohon dilampirkan Surat Keterangan kematian dari dokter.   Please attached Death Certificate from Doctor.	
Jika meninggal di rumah, berikan gambaran secara singkat dan jelas mengenai gejala/kejadian meninggalnya.   If died at the house, describe the whole symptoms/events.		Mohon dilampirkan:   Please attached: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Surat Keterangan Kematian dari Kelurahan   Death Certificate from Kelurahan.</li> <li>- Surat Kematian dari Dinas Pemakaman.   Death Certificate from Cemetary.</li> </ul>	
Jika meninggal karena kecelakaan, berikan gambaran secara singkat dan jelas mengenai kronologis terjadinya kecelakaan.   If died because of accident, describe the whole chronology.		Mohon dilampirkan:   Please attached: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Surat Keterangan Kecelakaan dari Kepolisian.   Certificate of Accident from the Police.</li> <li>- Surat Keterangan Kematian dari Kelurahan   Death Certificate from Kelurahan.</li> </ul>	

AHLI WARIS PESERTA		PARTICIPANT HEIRS	
Nama Penerima Manfaat/Ahli Waris   Beneficiaries/Heirs		Hubungan   Relationship <input type="checkbox"/> Istri   Wife <input type="checkbox"/> Suami   Husband <input type="checkbox"/> Anak   Child <input type="checkbox"/> Lainnya   Others	
Alamat & Nomor Telepon   Address & Phone Number	No Rekening Bank Ahli Waris   Participant Heirs Bank Account	Mohon dilampirkan:   Please attached <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fotokopi identitas diri Ahli Waris.   Copy of Heirs ID</li> <li>- Surat Keterangan Ahli Waris   Certificate of Heirs.</li> </ul>	

### PERNYATAAN AHLI WARIS

Dengan ini saya menyatakan bahwa seluruh data yang disampaikan di atas adalah jujur dan benar dan dengan ini mengajukan permohonan pembayaran Klaim Meninggal Dunia kepada PT Asuransi Reliance Indonesia.

Tanggal \_\_\_\_\_ Nama & Tanda Tangan Ahli Waris \_\_\_\_\_