

**FORMULIR PENGAJUAN KLAIM MENINGGAL DUNIA  
DEATH CLAIM APPLICATION FORM**

**NO. POLIS - KODE CABANG** :  -   
**POLICY NUMBER - BRANCH CODE**

*Jika Tertanggung meninggal dunia dalam dua tahun pertama masa asuransi untuk produk Euro atau tiga tahun pertama untuk produk Non - Euro, jawablah pertanyaan pada halaman 2. ( Jika kematian Tertanggung disebabkan oleh kecelakaan dan ada asuransi kecelakaan, gunakanlah formulir meninggal karena kecelakaan.)*  
*If death occurs within the first 2 (two) years for Euro-products or 3 (three) years for Non-Euro products of the insurance cover, please answer questions on page 2. ( If the death was caused by accident and if there is an accidental coverage, please use the form for accidental death )*

<b>Data Termlaslahat Data of the Beneficiary</b>	1. <u>N a m a</u> : <input type="text"/> N a m e
	2. <u>Identitas diri</u> : <input type="text"/> No. <input type="text"/> Identity
	3. <u>Alamat</u> : <input type="text"/> Address
	<u>Kode Pos</u> : <input type="text"/> <u>Kota</u> <input type="text"/> Postal Code City
	<u>Nomor telepon</u> : <input type="text"/> - <input type="text"/> Phone

Dengan ini saya mengajukan permohonan pembayaran MASLAHAT Klaim Meninggal Dunia atas Tertanggung  
Hereby I request the benefit payment for the death of the Insured

<b>Data Tertanggung Data of the Insured</b>	1. <u>N a m a</u> : <input type="text"/> N a m e
	2. <u>Identitas diri</u> : <input type="text"/> No. <input type="text"/> Identity
	3. <u>Alamat</u> : <input type="text"/> Address
	<u>Kode Pos</u> : <input type="text"/> <u>Kota</u> <input type="text"/> Postal Code City
	<u>Nomor telepon</u> : <input type="text"/> - <input type="text"/> Phone
	4. <u>Tanggal meninggal</u> : <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Date of Death
5. <u>Tempat meninggal</u> : <input type="text"/> Place of death	
6. <u>Sebab meninggal</u> : <input type="text"/> Cause of death	

Tertanggung mempunyai Polis Asuransi Jiwa dari perusahaan asuransi lain sebagai berikut :  
The Insured had life insurance policies at the following other insurance companies :

No.	<u>Nama Perusahaan</u> Company Name	<u>Nomor Polis</u> Policy Number	<u>Jumlah Uang Pertanggungan</u> Sum Insured	<u>Program Asuransi/Mulai Asuransi</u> Insurance Program/Commencement
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Pertanyaan tambahan, dalam hal Tertanggung meninggal dunia dalam 2 (dua) tahun pertama masa asuransi untuk produk Euro atau dalam 3 (tiga) tahun pertama untuk produk Non-Euro:

Additional Questions, in case death occurs within the first 2 (two) years for Euro Products or 3 (three) years for Non-Euro Products.

1. Apakah Tertanggung meninggal dunia secara mendadak (tidak menderita sakit sebelumnya)?  Ya  Tidak  
 Has the Insured Person died suddenly (not suffering from illness) ?  
 Yes No  
Jika tidak, jawablah pertanyaan a,b, dan c  
 If not, please answer questions a,b, and c.

a. Kapan Tertanggung merasakan keluhan atau menunjukkan indikasi dari penyakit terakhir yang dideritanya ?  
 When did the deceased first complain of or give indications of his last illness ?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

b. Kapan pertama kali Tertanggung diperiksakan ke dokter untuk penyakit terakhirnya ?  
 When did the deceased first consult a doctor for his last illness ?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

c. Nama-nama dan alamat dokter yang pernah merawat Tertanggung untuk penyakit terakhirnya ?  
 Names and addresses of all physicians who attended the deceased in his last illness ?

<u>Nama dokter</u>	<u>Alamat</u>	<u>Tanggal pemeriksaan</u>
Name of physicians	Address	Date of Attendance
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

2. a. Jelaskan secara rinci penyakit lain yang pernah diderita oleh Tertanggung  
 Give details of any other illnesses ever suffered by the deceased :  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

b. Nama-nama dan alamat dari dokter yang pernah merawat Tertanggung untuk penyakit seperti tersebut diatas;  
 Names and addresses of all physicians who treated the deceased in the above illnesses.

<u>Nama dan alamat dokter</u>	<u>Kondisi atau Pengobatan</u>	<u>Tanggal pemeriksaan</u>
Name of physicians and address	Cured or Condition	Date of Attendance
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Agar klaim dapat diproses, sesuai dengan syarat-syarat umum seperti dinyatakan pada polis, diperlukan dokumen-dokumen sebagai berikut:  
In order to process the claim we require, in accordance with the general provisions stated in the policy, the following documents:

1. Polis asli PT. Asuransi ALLIANZ LIFE INDONESIA  
The original Policy of ALLIANZ LIFE INDONESIA
2. Surat Keterangan meninggal dunia dari Pamong Praja ( Lurah )  
Death Certificate from the Lurah
3. Surat Pernyataan Sebab Meninggal Dunia dari dokter yang menyatakan meninggal atau yang merawat Tertanggung sebelum meninggal, yang menjelaskan tentang sebab meninggal dunia (Dalam hal meninggal dunia dalam 2 (dua) tahun pertama untuk produk Euro atau dalam 3 (tiga) tahun pertama untuk produk non-Euro, dibutuhkan Keterangan Kesehatan Tambahan  
A Death Cause Statement, from the doctor who stated the death or treated him/her before the death, explaining the cause of death.  
In case death occurs in the first 2 (two) years for Euro-products or 3 (three) years for non Euro-products, the Extended Medical Report is required.
4. Fotokopi Kartu Identitas Diri dari Tertanggung  
Photocopy of the identity card of the Insured Person
5. Kuitansi asli dari pembayaran premi terakhir  
The original receipt for payment of the last premium
6. Fotokopi Kartu Identitas Diri dari Termaslahat.  
Photocopy of Identity Card of beneficiary
7. Surat keterangan meninggal dunia dari Kantor Perwakilan Republik Indonesia setempat dalam hal meninggal di luar negeri  
Death Certificate from the Indonesian Representative, if death happened abroad

Saya menerangkan bahwa semua pernyataan dalam formulir ini saya buat dengan benar dan lengkap. Apabila ada keterangan yang menyesatkan atau tidak benar maka saya bersedia dituntut dimuka pengadilan, dan maslahat asuransi akan saya kembalikan kepada PT. ASURANSI ALLIANZ LIFE INDONESIA/  
I declare that all answers in this application form are certified to be complete and true. If there is any misleading information or wrong information, I dispose to be remanded to the court and the insurance benefit will be returned to PT Asuransi Allianz Life Indonesia.

.....  
Tanggal / date

\_\_\_\_\_  
Nama jelas & tanda tangan Termaslahat  
Full name & signature of the Beneficiary

\_\_\_\_\_  
Nama Jelas & tanda tangan Kepala Kantor Cabang  
Full Name & Signature of Branch-Office Manager.