

**PERSYARATAN PENGAJUAN KLAIM ASURANSI PERORANGAN**

<b>Dokumen yang diperlukan</b>	<b>Meninggal Dunia</b>	<b>Meninggal karena kecelakaan</b>	<b>Penyakit Kritis</b>	<b>Cacat Tetap</b>	<b>Flexicare/ Violet</b>
Polis Asli	X	X			
Fotocopy Identitas diri Tertanggung	X	X	X	X	X
Fotocopy Identitas diri Ahli waris, jumlah .....orang	X	X			
Fotocopy Akte Lahir untuk Tertanggung / Ahli Waris dibawah umur	X	X			
Fotocopy Kartu Keluarga	X	X			
Fotocopy Surat Nikah / Surat Cerai	X	X			
Formulir pengajuan klaim meninggal dunia diisi dan di tandatangani oleh Ahli Waris	X	X			
Formulir Surat Keterangan Dokter tentang Penyebab Kematian	X	X			
Formulir Keterangan Kesehatan yang Lebih Luas	X	X			
Formulir Surat Kuasa Pemaparan Isi Rekam Medik di isi dan tanda tangan di atas meterai oleh Ahli Waris / Tertanggung	X	X	X	X	
Formulir Pemberitahuan No. Rekening / Fotocopy Buku Rekening	X	X	X	X	
Formulir Surat Kuasa Ahli Waris apabila di kuasakan ke orang lain atau Ahli Waris lebih dari satu (tanda tangan di atas meterai)	X	X			
Surat Keterangan Meninggal dari Instansi Pemerintahan yang berwenang (Kutipan Akte Kematian) yang di legalisir	X	X			
Surat Keterangan Meninggal dari Rumah Sakit	X	X			
Surat Keterangan Meninggal dari Kelurahan yang di legalisir	X	X			
Jika meninggal di rumah tanpa perawatan Dokter, buat kronologis kematian dan di tandatangani oleh Ahli Waris	X				
Bila Meninggal/Cacat karena kecelakaan, lampirkan Berita Acara Pemeriksaan (BAP) dari Kepolisian		X		X	
Bila Meninggal karena kecelakaan, lampirkan Hasil autopsi atau visum oleh Dokter		X			
Copy hasil pemeriksaan yang telah dilakukan Tertanggung	X	X	X	X	X
Bila usia polis kurang dari 2 tahun, maka lampirkan List Rumah Sakit / Dokter / Klinik / Instansi kesehatan lainnya yang pernah di kunjungi Tertanggung dengan alamat beserta no. telp	X		X		
Formulir pengajuan klaim penyakit kritis			X		
Formulir Surat Keterangan Dokter tentang penyakit yang di derita			X		
Formulir pengajuan klaim cacat				X	
Formulir Surat Keterangan Dokter tentang cacat				X	
Formulir Klaim Asuransi Kesehatan Perorangan					X
Formulir Resume Medis					X
Kwitansi asli Perawatan Rumah Sakit beserta perinciannya					X
Surat rujukan dari Dokter untuk perawatan dan pengobatan ke Dokter Spesialis, pemeriksaan penunjang diagnostik dan fisioterapi					X
Salinan hasil pemeriksaan penunjang diagnostik dan salinan resep yang berkaitan dengan perawatan.					X
Dokumen lain yang menunjang, jika diperlukan	X	X	X	X	X