

**FORMULIR KLAIM – MENINGGAL DUNIA  
DIISI OLEH TERMASLAHAT/PENERIMA MANFAAT**

Jawablah pertanyaan di bawah ini dengan lengkap dan jujur sehingga kami dapat memproses klaim dengan cepat. Jangan menggunakan tanda dan symbol.

Apabila Termaslahat/Penerima Manfaat adalah berwarganegara Amerika Serikat atau terkait dengan Amerika Serikat, maka diwajibkan untuk mengisi formulir **'FORM FATCA-KLAIM-INDIVIDU'**.

Apabila Termaslahat/Pemilik Rekening adalah perusahaan, maka diwajibkan untuk mengisi formulir **"FATCA-PERUSAHAAN(INSTITUSI)"** terpisah.

Agar klaim dapat diproses, sesuai dengan syarat-syarat umum seperti yang dinyatakan pada polis, diperlukan dokumen-dokumen sebagai berikut :

1. Polis asli PT Asuransi ALLIANZ LIFE INDONESIA
2. Fotokopi Surat keterangan meninggal dunia dari Pamong Praja ( Lurah ) yang sudah dilegalisir
3. Fotokopi Akte kematian dari Catatan Sipil yang sudah dilegalisir
4. Formulir Klaim Meninggal yang diisi dengan lengkap oleh Termaslahat/Penerima Manfaat
5. Formulir Surat Keterangan Dokter tentang Penyebab Kematian yang diisi oleh dokter yang menyatakan meninggal dunia atau yang merawat Tertanggung sebelum meninggal dunia
6. Berita acara dari kepolisian dalam hal meninggal dunia secara tidak wajar atau karena kecelakaan
7. Laporan kronologi kejadian meninggal jika Tertanggung meninggal di rumah
8. Surat keterangan dari perwakilan Indonesia dalam hal meninggal di luar negeri
9. Fotokopi identitas diri dari Tertanggung
10. Fotokopi identitas diri dari Termaslahat/Penerima Manfaat
11. Formulir Surat Kuasa Pemaparan Isi Rekam Medis
12. Dokumen lain ( jika diperlukan )

**Data Pemegang Polis**

Nama : ..... No Polis : .....  
Tempat / Tanggal Lahir : ..... No Identitas Diri : .....  
Kewarganegaraan : ..... Pekerjaan : .....  
Alamat Korespondensi : .....  
Kota : ..... Kode Pos : .....  
Propinsi : ..... Negara : .....  
Telepon : .....

Untuk Manfaat **Payor Protection/ Waiver Of Premium**, tanggal meninggal Pemegang Polis : .....

**Data Tertanggung**

Nama : ..... Kewarganegaraan : .....  
Tempat / Tanggal Lahir : ..... No Identitas Diri : .....  
Alamat Korespondensi : .....  
Kota : ..... Kode Pos : .....  
Propinsi : ..... Negara : .....  
Telepon : .....  
Tempat Meninggal : ..... Tanggal Meninggal : .....  
Sebab Meninggal : .....  
Pekerjaan : .....

**Data Termaslahat/Penerima Manfaat**

Nama : ..... Pekerjaan : .....
Tempat / Tanggal Lahir : ..... Negara Tempat Lahir : .....
Jenis Identitas : ..... No Identitas Diri : .....
Negara Penerbit Identitas : ..... Kewarganegaraan : .....
Negara Tempat Tinggal untuk Keperluan Perpajakan : .....
Alamat Identitas : .....
Kota : ..... Kode Pos : .....
Propinsi : ..... Negara : .....
Telepon : .....

Apakah Alamat Korespondensi berbeda dengan Alamat Identitas?  Ya  Tidak

Jika ya, mohon isi Alamat Korespondensi

Alamat Korespondensi : .....
Kota : ..... Kode Pos : .....
Propinsi : ..... Negara : .....

**Keterangan Tambahan**

Polis Asuransi Jiwa / Kesehatan / Kecelakaan lain yang dimiliki Tertanggung :

Table with 5 columns: Nama Perusahaan, No Polis, Uang Pertanggungan, Jenis Asuransi (jiwa/kesehatan/kecelakaan), Mulai Asuransi

**Keterangan Mengenai Kejadian Meninggal dan Riwayat Penyakit / Konsultasi**

1. Apakah Tertanggung meninggal dunia secara mendadak ( tidak menderita sakit sebelumnya ) ?  Ya  Tidak
Jika "tidak" jawablah pertanyaan a, b dan c

a. Kapan Tertanggung merasakan keluhan atau menunjukkan indikasi dari penyakit terakhir yang dideritanya ?

[Empty text box for answer a]

b. Kapan pertama kali Tertanggung diperiksa ke dokter untuk penyakit terakhirnya ?

[Empty text box for answer b]

c. Nama dan alamat dokter yang pernah merawat Tertanggung selama ini

Table with 3 columns: Nama Dokter, Alamat, Tanggal Pemeriksaan

2. Jelaskan secara rinci penyakit lain yang pernah diderita oleh Tertanggung

[Empty text box for answer 2]

3. Sebutkan nama dan alamat dokter yang menyatakan meninggal dunia

--

4. Sebutkan nama dan alamat Klinik / RS / Dokter / Puskesmas yang pernah dikunjungi oleh Tertanggung

Nama RS / Klinik / Dokter	Alamat	Telepon

**Keterangan Mengenai Kejadian Kecelakaan ( jika sebab meninggal adalah karena kecelakaan )**

Mohon agar jawaban yang diberikan dapat memberikan gambaran yang jelas tentang kecelakaan tersebut. Apabila ada lampiran seperti artikel koran atau keterangan karyawan harap dilampirkan.

5. Bilamana dan bagaimana kecelakaan itu terjadi ?  
( berikan keterangan yang rinci dan gunakan halaman belakang sebagai tambahan )

--

6. Tempat terjadinya kecelakaan ( berikan keterangan yang rinci )

--

7. Pada kegiatan apa atau dalam kesempatan apa kecelakaan itu terjadi ?

--

8. Apakah ada saksi yang melihat pada waktu kecelakaan terjadi ?  Ya  Tidak  
Jika "ya" berikan nama dan alamat lengkap saksi tersebut

--

9. Dalam hal kecelakaan lalu lintas  
a. Siapakah pengemudi saat terjadinya kecelakaan ?

--

b. Apakah pengemudi memiliki Surat Izin Mengemudi yang masih berlaku ?  Ya  Tidak

c. Apakah ada penumpang lain saat terjadinya kecelakaan ?  Ya  Tidak  
Jika Ya, Siapa ?

--

10. Saat terjadi kecelakaan, apakah Tertanggung sedang menderita suatu penyakit atau cedera ?  Ya  Tidak  
Jika "ya" harap jelaskan secara rinci

11. Berapa banyak dan apa jenis alkohol yang diminum Tertanggung sebelum kecelakaan ( jika ada ) ?

a. Apakah telah dilakukan tes kadar alkohol dalam darah ?  Ya  Tidak  
Jika "ya" apa hasilnya ?

b. Apakah Tertanggung berada dalam pengaruh obat-obatan ?  Ya  Tidak

c. Apakah ada otopsi atau pemeriksaan mayat ?  Ya  Tidak  
Jika "ya" jelaskan hasilnya dan dilakukan oleh siapa ?

12. Apakah ada penyelidikan polisi ?  Ya  Tidak  
Jika "ya" kapan, dimana dan oleh siapa ?

### Pernyataan

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 di muka pengadilan dan maslahat Asuransi akan saya kembalikan kepada PT Asuransi ALLIANZ LIFE INDONESIA.

Bersama ini saya/kami memberi kuasa kepada Allianz untuk mengungkapkan informasi pribadi saya/kami/perusahaan(institusi) dalam hal menanggapi perintah pengadilan atau proses hukum atau permintaan dari pihak regulator atau berwenang dari yurisdiksi manapun atau untuk melindungi terhadap penipuan atau aktifitas ilegal lainnya atau untuk tujuan manajemen risiko atau untuk memungkinkan Allianz melakukan upaya hukum yang tersedia atau membatasi kerusakan yang mungkin terjadi terhadap Allianz dan/atau mematuhi hukum dan proses hukum termasuk tetapi tidak terbatas pada peraturan tentang FATCA ("Kebutuhan Terkait").

Saya/kami juga bersedia untuk memberikan informasi/dokumen yang diperlukan guna memenuhi Kebutuhan Terkait ("Informasi Terkait") dan dengan segera mengkinikan Allianz jika ada perubahan atas Informasi Terkait.

Tempat ....., tanggal .....

Place date

( tanda tangan penerima manfaat )

Signature of beneficiary

Nama : \_\_\_\_\_

Name