

## SURAT PENGAJUAN KLAIM

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama \* : \_\_\_\_\_  
 Alamat \* : \_\_\_\_\_  
 : \_\_\_\_\_  
 No. KTP \* : \_\_\_\_\_  
 Nama Bank \* : \_\_\_\_\_  
 No. Rekening \* : \_\_\_\_\_  
 No. Telp/ HP \* : \_\_\_\_\_  
 Selaku \* :  Pemegang Polis  Ahli Waris

Dengan ini mengajukan klaim \*:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> HABIS KONTRAK   | <input type="checkbox"/> NILAI TUNAI          |
| <input type="checkbox"/> MENINGGAL DUNIA | <input type="checkbox"/> DKB                  |
| <input type="checkbox"/> KECELAKAAN      | <input type="checkbox"/> NILAI TUNAI SEBAGIAN |
| <input type="checkbox"/> RIDER A/B/ABD   | <input type="checkbox"/> LAINNYA : _____      |

Kepada PT. AJS Bumiputera, dengan data polis sebagai berikut :

No. Polis \* : \_\_\_\_\_  
 Nama Pemegang Polis / Ahli Waris \* : \_\_\_\_\_  
 Nama Peserta \* : \_\_\_\_\_

**Khusus klaim Nilai Tunai**

**Alasan mengajukan klaim Nilai Tunai :**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Dengan melampirkan berkas sesuai dengan jenis klaim dan mengacu pada ketentuan yang berlaku.

Penerima berkas klaim

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_20\_\_\_\_  
 Pengaju Klaim

( \_\_\_\_\_ )  
 KPPA\*\*

( \_\_\_\_\_ )  
 Pemegang Polis / Ahli Waris

- ✓ Berkas Lengkap dan Valid  
 Diterima Tanggal : \_\_\_\_\_
- ✓ Berkas Tidak Lengkap  
 Dikembalikan ke Pempol tanggal : \_\_\_\_\_

\*) Wajib diisi

\*\*) Wajib diisi nama penerima

## SURAT KUASA TRANSFER DANA KLAIM

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Pemegang Polis /Ahli Waris \*) :.....

Nomor Polis : .....

No Identitas : .....

yang masih berlaku

Alamat : .....

No. Telepon / Hand Phone : .....

Dengan ini memberikan kuasa kepada PT.AJS Bumiputera untuk ;

1. Mentransfer dana klaim ke Rekening Bank Saya :

No Rekening Bank : .....

Atas nama : .....

Nama Bank : .....

Kantor Cabang : .....

Sebesar : Rp.....

(.....)

2. Di isi jika untuk Reselling

Mentransfer dana klaim ke rekening Bank PT.AJS Bumiputera sebagai pembayaran Premi Kontribusi Pertama / Premi Kontribusi Lanjutan \*)

Nomor S P A J / Polis \*) : .....

Atas nama : .....

Plan Asuransi : .....

Cara Bayar/Periode bayar\*) : .....

Sebesar : Rp.....

(.....)

Demikian Surat Kuasa ini Saya buat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

....., 20.....

Meterai

\_\_\_\_\_  
Pemegang Polis

\*) Coret yang tidak perlu



# FORMULIR CLAIM MENINGGAL DUNIA CLM.SYR.03

PT.AJS Bumiputera  
Jln. Wolter Monginsidi No 84-86.  
Kebayoran Baru JAK-SEL  
Telp 021 - 2700206

## DATA AHLI WARIS

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap :

Jenis Kelamin :

Tempat /Tanggal lahir :

Tgl:

Bln:

Thn:

Alamat Lengkap

Nomor KTP/ Identitas Lain :

No HP:

Hubungan dengan pemegang polis :

Menerangkan dengan sebenarnya, bahwa almarhum/ah dengan data sebagai berikut:

## DATA PEMEGANG POLIS

(\*Kosongkan Jika Pemegang Polis Sebagai Tertanggung)

No. Polis :

Nama Lengkap :

Tempat /Tanggal lahir :

Tgl:

Bln:

Thn:

Alamat Lengkap :

Nomor KTP / Identitas Lain :

No HP:

## DATA TERTANGGUNG

No Polis :

Nama Lengkap :

Nomor KTP / Identitas Lain :

Tempat / Tanggal lahir :

Tgl:

Bln:

Thn:

Tempat / Tanggal Meninggal Dunia :

Tgl:

Bln:

Thn:

Nomor KTP / Identitas Lain :

Sebab Meninggal Dunia :

Penyakit

Kecelakaan

Lain-Lain.....

## Jika Meninggal Dunia Karena Penyakit

Keluhan dan Gejala

Nama Penyakit :

Mulai Diderita Sejak\*(tgl/bln/thn) :

Tgl:

Bln:

Thn:

Apakah pernah memiliki riwayat penyakit Jantung, Paru-paru, Kejiwaan, Bawaan, HIV, lainnya ?

Ya

Tidak

Jika Ya, Penyakit?

Penyakit :

Mulai Diderita Sejak\*(tgl/bln/thn) :

Tgl:

Bln:

Thn:

Nama Dokter/Rumah Sakit/Puskesmas/Laboratorium yang pernah dikunjungi Almarhum/ah selama hidup untuk memeriksakan kesehatannya ?

## Jika Meninggal Dunia Karena Kecelakaan

Tempat / Tanggal Terjadi Kecelakaan :

Tgl:

Bln:

Thn:

Penyebab Kecelakaan :

Kronologis terjadi kecelakaan

Apakah kecelakaan akibat dari pengaruh alcohol /narkotika/obat-obatan/lainnya?

Ya

Tidak

Jika Ya, Jelaskan?

Penjelasan

Dokter yang memeriksa :

**Cantumkan Nama Bank dan No Rekening Bank dengan atasnama Pemegang polis (\*No Rekening Harus dengan atas Nama Ahli Waris )**

Nama Pemegang polis :

Nomor Rekening :

Nama Bank :

Kantor Perwakilan Pelayanan Asuransi :

**Pengajuan Klaim Meninggal Dunia harus disertai dengan dokumen-dokumen sebagai berikut: (Check list jika ada)**

Formulir Pengajuan Klaim Meninggal Dunia ASLI

Formulir Surat Keterangan Dokter ASLI

Polis ASLI

Fotokopi KTP/Identitas diri Tertanggung ( yang masih berlaku )

Fotokopi KTP/Identitas diri Ahli Waris (yang masih berlaku)

Fotokopi Kartu Keluarga

Surat Keterangan Kematian dari Pamong Praja /Akte Kematian (Asli)

Surat Keterangan/Berita Acara dari Kepolisian (untuk Meninggal Dunia karena kecelakaan)

Fotokopi Surat Visum et Repertum (untuk Meninggal Dunia karena kecelakaan)

Fotokopi Surat Keterangan Meninggal Dunia dari KBRI (jika Meninggal DuniadiLuarNegeri)

Surat Pengampu (Jika Ahli Waris dianggap tidak cakap Hukum), dan lain lain Dokumen yang diperlukan

**Untuk mempercepat proses klaim harap kelengkapan dokumennya dipenuhi dan semua pertanyaan diatas dijawab dengan benar , lengkap, dan jelas.****PERNYATAAN DAN SURAT KUASA**

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti, dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan benar. Dengan ini saya Memberi kuasa yang tidak akan berakhir karena sebab-sebab yang tercantum dalam pasal 1813 KUH Perdata kepada setiap Dokter , Klinik , Rumah Sakit , Puskesmas , Laboratorium, Institusi Medis manapun , Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Lembaga , atau Perorangan yang mempunyai catatan / keterangan atau mengetahui Keadaan/kesehatan Tertanggung, untuk memberitahukan kepada pihak PT.AJS Bumiputera atau mereka yang diberi kuasa olehnya, segala catatan/keterangan mengenai diri Dan keadaan / kesehatan Tertanggung. Fotokopi dari Surat Kuasa ini sama kuat dan sah seperti aslinya.

Tanggal .....

Materai  
Rp. 6.000

( )

Tanda Tangan Nama Lengkap Ahli Waris

### SURAT KUASA

Sehubungan dengan pengajuan klaim kami kepada PT. AJS Bumiputera, Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : .....

Alamat : .....  
sesuai KTP/SIM/Identitas Lain

No. KTP / SIM / Identitas Lain : .....

No. Telp./ Hand Phone : .....

**Mewakili Keluarga :**

Nama Tertanggung : .....

Alamat : .....  
sesuai KTP/SIM/Identitas Lain

No. KTP / SIM / Identitas Lain : .....

Hubungan Keluarga : .....

Dengan ini menyatakan dan sekaligus memberikan Kuasa kepada Dokter / Rumah Sakit yang merawat / mengobati untuk memberikan Data Rekam Medis / Riwayat Penyakit selama perawatan sebelum almarhum/almarhumah\*) Meninggal Dunia atas nama : .....  
kepada PT.AJS Bumiputera dan memberikan izin kepada PT.AJS Bumiputera untuk mendapatkannya sebagai persyaratan klaim asuransi jiwa.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dalam kesadaran penuh dan tidak dibawah paksaan dan tekanan dari pihak manapun.

.....,.....20 .....

Yang Menyatakan dan Yang Memberi Kuasa

Materai 6000

( ..... )

\*) Coret yang tidak perlu



# FORMULIR KLAIM CLM.SYR.05

AJS Bumiputera 1912  
Jl. Wolter Monginsidi No. 84- 86  
Kebayoran Baru, JAK- SEL 13770  
Telp (021) 2700 206

## SURAT KETERANGAN DOKTER

Kepada Yth Teman Sejawat :

**Hal: Penjelasan Riwayat Penyakit**

Sehubungan dengan pengajuan klaim Tn/Ny :

Umur : Tahun

Alamat Lengkap:

Dengan ini kami minta bantuan agar kiranya TS dapat memberikan penjelasan medis/diagnosis pada form dibawah ini, Penjelasan TS sangat diperlukan sebagai persyaratan Penyelesaian klaim asuransi. Demikian harap maklum dan terimakasih atas bantuannya.

Tanggal .....

Salam Sejawat,  
  
Dr. Armen Muchtar  
Dokter Penasehat Medis

## DATA PASIEN

**\*Harap di isi secara lengkap dan Jelas karena data ini digunakan untuk kepentingan analisa Dokter Perusahaan**

No Rekam Medis :

Nama Lengkap Pasien :

Tempat /Tanggal lahir : Tgl: Bln: Thn:

Alamat Lengkap

Pekerjaan pasien :

## DATA RIWAYAT KLINIS

Tanggal pertama kali keluhan/gejala penyakit muncul : Tgl: Bln: Thn:

Tanggal pertama kali ter diagnosa penyakit tersebut : Tgl: Bln: Thn:

Periode Rawat : / / s/d / /

Tensi : Tgl: Bln: Thn:

Diagnosa Awal : Tgl: Bln: Thn:

Diagnosa Akhir : Tgl: Bln: Thn:

Diderita Sejak : / / s/d / /

Apakah pasien pernah memiliki riwayat Penyakit Jantung, DM, Paru - Paru, Kejiwaan, Bawaan, HIV, lainnya?  Tidak  Ya JikaYa, Jelaskan

Penjelasan:

### Pengobatan/tindakan yang diberikan:(Checklist jika ada)

Operasi :	Tgl:	Bln:	Thn:	KATEGORI OPERASI (WAJIB DI ISI JIKA OPERASI):
HD	Tgl:	Bln:	Thn:	MINOR :
EKG	Tgl:	Bln:	Thn:	INTERMEDIATE :
CTScan	Tgl:	Bln:	Thn:	MAJOR :
Lain-lain	Tgl:	Bln:	Thn:	

Apakah pemeriksaan ini atas permintaan pasien sendiri? (\*apakah diagnose akhir diatas)  Tidak  Ya JikaYa, Jelaskan

Penjelasan:

Berhubungan dengan kehamilan (jika pasien wanita)?  Tidak  Ya JikaYa, Jelaskan

Penjelasan:

Berhubungan dengan penyakit kejiwaan?  Tidak  Ya JikaYa, Jelaskan

Penjelasan:

Berhubungan dengan penyakit bawaan?  Tidak  Ya JikaYa, Jelaskan

Penjelasan:

Merupakan penyakit kronis atau periode berulang?  Tidak  Jika Ya, di derita sejak?

Tgl: Bln: Thn:

**JIKA AKIBAT KECELAKAAN\***

Tempat/Tanggal Terjadi Kecelakaan	:	Tgl:	Bln:	Thn:
Penyebab Kecelakaan	:			
Kronologis terjadi kecelakaan				
Nama/diagnosa penyakit	:			

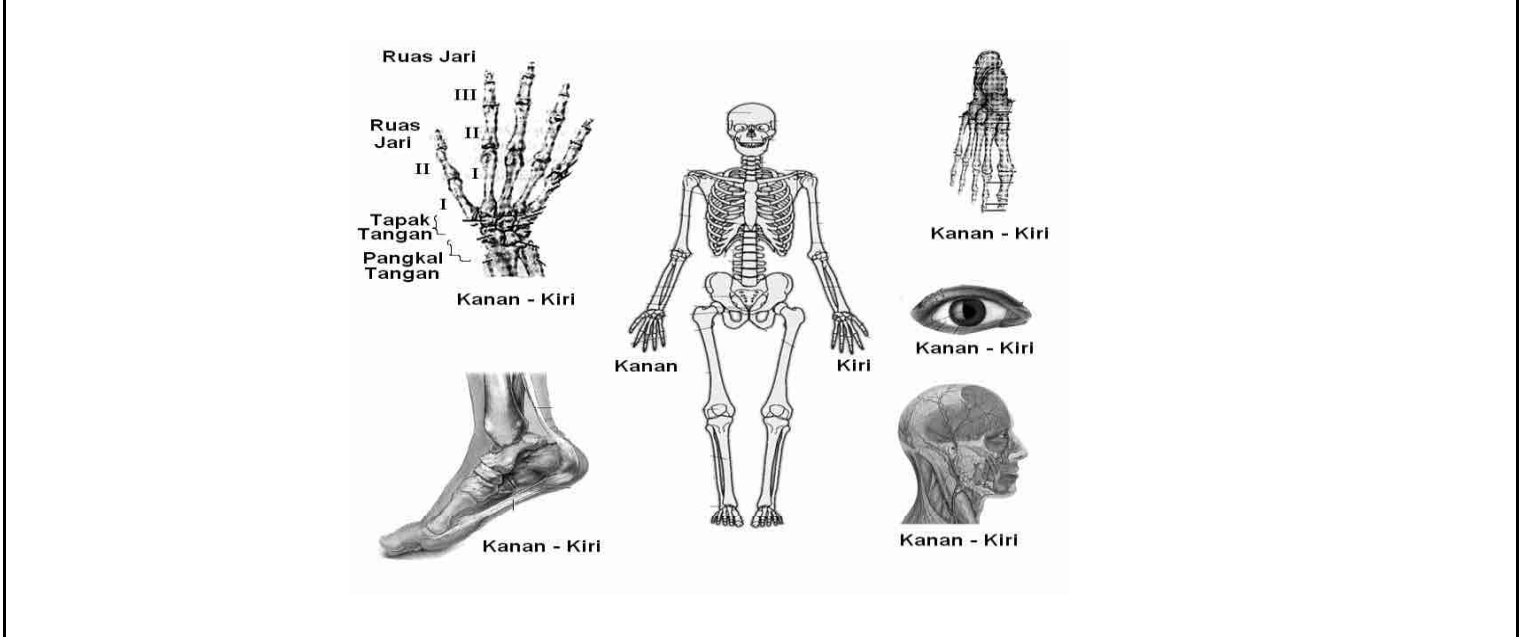
**JIKA RAWAT INAP KARENA SEBAB LAINNYA (Diisi jika BUKAN akibat kecelakaan & BUKAN akibat Penyakit)**

Apakah rawat inap disebabkan oleh pengaruh alcohol/obat-obatan/lainnya? Jika Ya, Jelaskan  Ya  Tidak

Penjelasan:

Keterangan tentang cedera /luka (jelaskan dan tunjukkan dalam gambar)

Proses pengobatan/operasi/pembedahan/amputasi (tunjukkan dalam gambar)



Apakah pasien dapat melakukan kembali pekerjaan biasa /ringan :  Ya  Tidak

Berikan penjelasan bila dianggap tidak mampu bekerja kembali selama-lamanya :

Hasil Pemeriksaan	<input type="checkbox"/>	Perlu Di Rawat	<input type="checkbox"/>	Berobat jalan sambil bekerja
	<input type="checkbox"/>	Berobat jalan tidak bekerja	<input type="checkbox"/>	Dapat kembali Bekerja

**KRONOLOGIS PENGOBATAN/PERAWATAN SAMPAI PENDERITA SEMBUH**

Hari	Tanggal	Status Klinis Penderita Termasuk Pemeriksaan Laboratorium	Tindakan/Pengobatan
Lama Perawatan	s/d		

**JIKA TERTANGGUNG MENINGGAL**

Penyebab utama meninggal dunia :

Diagnosa :

Sejak kapan menderita penyakit tersebut (tgl/bln/thn) :Tgl: Bln: Thn:

Jika rujukan sebutkan nama,alamat Dokter/Rumah Sakitnya :

Tanggal .....

( \_\_\_\_\_ )  
Tanda Tangan Nama Lengkap

**Lampiran Form Data Riwayat Perawatan**

**CLM.SYR.05a**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :  
Jabatan :  
RS/Klinik/Puskesmas :

Dengan ini memberikan keterangan data riwayat perawatan atas:

Nama :  
Tanggal Lahir :  
No.NIK/BPJS :

\*) Ada / tidak ada data perawatan 2 tahun terakhir sbb :  
*Coret yang tidak perlu*

NO	Tanggal Perawatan	Diagnosa/ Penyakit	Dokter yg merawat	Rujukan / Keterangan
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

....., .....

( ..... ) \*



**SURAT PERNYATAAN KLAIM MENINGGAL DUNIA**

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Ahli Waris : .....  
yang ditunjuk Tertanggung

No Identitas KTP/SIM/Id. lain : .....  
yang masih berlaku

Alamat : .....

No. Telepon / Hand Phone : .....

Nama Tertanggung : .....

Nomor Polis : .....

Tertanggung Meninggal pada: Tanggal ..... Bulan ..... Tahun .....  
Pukul ..... Tempat .....

Hubungan dengan tertanggung : .....

Menyatakan dengan sebenarnya sebagai berikut :

No	Keterangan	Ya	Tdk	Penjelasan
1	Tertanggung sebelum meninggal menderita demam / panas			Sejak .....
2	Tertanggung sebelum meninggal jatuh pingsan (tidak ingat diri )			Selama .....hari
3	Tertanggung sebelum meninggal menderita kaku ,lumpuh atau kejang kejang			Sejak .....
4	Tertanggung sebelum meninggal menderita sakit batuk batuk atau sesak napas			Sejak .....
5	Tertanggung sebelum meninggal menderita sakit muntah muntah (mencret)			Sejak .....
6	Tertanggung sebelum meninggal menderita sakit berak berak (mencret)			Sejak .....
7	Tertanggung sebelum meninggal menderita sakit kaki bengkok			Sejak .....
8	Tertanggung sebelum meninggal menderita perut / kembung			Sejak .....
9	Tertanggung sebelum meninggal menderita sakit pinggang			Sejak .....
10	Tertanggung meninggal dunia saat hamil/melahirkan anak atau sesudah melahirkan anak			Tgl. Melahirkan .....
11	Tertanggung meninggal dunia disebabkan oleh suatu kecelakaan			Pada .....
12	Tertanggung sebelum meninggal menderita bengkok bengkok / tumor			Pada .....
13	Mungkinkah tertanggung meninggal karena keracunan			Jenis Racun .....
14	Tertanggung meninggal pada waktu /setelah operasi			Pada ..... Jns Operasi .....
15	Tertanggung sebelum meninggal dirawat seorang dokter			Alamat .....
16	Tertanggung meninggal karena bunuh diri			.....
17	Adakah tambahan lain selain diatas			.....

.....,20.....

Yang Memberikan Pernyataan

Meterai

(.....)

Nama dan Tanda Tangan