



FORMULIR KLAIM ASURANSI KESEHATAN, KECELAKAAN & MENINGGAL DUNIA (AKK)

Nama Tertanggung	No. Sertifikat Asuransi Tertanggung	No. Telepon
---------------------------	--	----------------------

Alamat
.....

Nama Pengaju Klaim*	Hubungan dengan Tertanggung*	Nomor Polis
* apabila diajukan oleh ahli waris	

<p>JENIS KLAIM YANG DIAJUKAN</p> <p><input type="checkbox"/> Santunan Harian Rawat Inap akibat Sakit dan Kecelakaan <input type="checkbox"/> Manfaat Pembedahan akibat Sakit dan Kecelakaan <input type="checkbox"/> Santunan Meninggal Dunia akibat Kecelakaan <input type="checkbox"/> Santunan Cacat Tetap akibat Kecelakaan <input type="checkbox"/> Santunan Pendapatan Keluarga jika Tertanggung Meninggal akibat Kecelakaan <input type="checkbox"/> Santunan Pemakaman Meninggal Dunia akibat Kecelakaan</p> <p>Saya lampirkan dokumen klaim sebagai berikut :</p> <p>DOKUMEN UMUM</p> <p><input type="checkbox"/> Salinan informasi rekening <input type="checkbox"/> Salinan Sertifikat Asuransi <input type="checkbox"/> Salinan KTP Tertanggung <input type="checkbox"/> Keterangan medis dari dokter <input type="checkbox"/> Dokumen yang sesuai dengan jenis klaim</p>	<p>DOKUMEN SPESIFIK</p> <p>Santunan Harian Rawat Inap</p> <p><input type="checkbox"/> Asli/Salinan yang sudah dilegalisir kuitansi biaya rawat inap dan perincian</p> <p>Manfaat Pembedahan</p> <p><input type="checkbox"/> Asli/Salinan yang sudah dilegalisir kuitansi Rumah Sakit <input type="checkbox"/> Asli kuitansi biaya operasi</p> <p>Santunan Meninggal Dunia, Pendapatan Keluarga dan Pemakaman</p> <p><input type="checkbox"/> Asli/legalisir Surat Keterangan Kematian <input type="checkbox"/> Dokumen yang secara hukum menunjukkan ahli waris yang sah <input type="checkbox"/> Salinan KTP pengaju klaim</p> <p>Santunan Cacat Tetap</p> <p><input type="checkbox"/> Salinan KTP pengaju klaim <input type="checkbox"/> Keterangan medis dokter yang menunjukkan Cacat Tetap</p> <p><small>Catatan : Kami berhak meminta dokumen atau informasi lainnya apabila diperlukan</small></p>
--	--

MOHON DIJAWAB PERTANYAAN DI BAWAH INI :

1 Tanggal kecelakaan _____

2 Periode rawat inap _____

3 Diagnosa penyakit atau cedera yang diderita _____

4 Jenis pembedahan atau operasi yang dilakukan _____

5 Apakah klaim yang diajukan disebabkan oleh hal-hal berikut ini:

a. melukai diri sendiri secara sengaja, bunuh diri atau percobaan bunuh diri	ya	tidak
b. perbuatan kejahatan atau tindak kriminal yang dilakukan oleh ahli waris Tertanggung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. kehamilan, melahirkan, keguguran atau komplikasi kehamilan lainnya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. perang yang dinyatakan oleh pemerintah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. sakit yang disebabkan oleh AIDS atau menunjukkan adanya indikasi HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 Apakah ini klaim pertama yang anda ajukan? _____

Jika ini bukan klaim yang pertama, mohon disebutkan manfaat yang telah diklaim dan diterima sebelumnya

Santunan harian Rawat Inap akibat Sakit dan Kecelakaan
 Manfaat Pembedahan akibat Sakit dan Kecelakaan
 Santunan Cacat Tetap akibat Kecelakaan

PERSETUJUAN

Saya dengan ini menyetujui bahwa untuk setiap informasi yang diperoleh atau disimpan oleh Penanggung (baik yang terdapat pada formulir klaim ini atau yang diperoleh dengan cara lain) dapat dipergunakan dan diungkapkan oleh Penanggung kepada individu/perusahaan yang terkait dengan Penanggung atau kepada setiap pihak ketiga yang independen (di dalam atau di luar Indonesia) untuk setiap hal yang terkait dengan formulir klaim ini, setiap polis yang diterbitkan dan untuk memberikan keterangan atau informasi mengenai produk dan layanan yang Penanggung percaya mungkin menarik untuk saya dan untuk berkomunikasi dengan saya untuk tujuan apapun.

SURAT KUASA

Saya menyatakan bahwa semua keterangan yang saya berikan dalam formulir klaim ini dan semua lampiran adalah benar dan jujur. Selanjutnya saya setuju bahwa jika saya membuat atau dalam pernyataan selanjutnya sehubungan dengan klaim tersebut terdapat unsur pemalsuan atau penipuan atau penipuan atau mendiamkan, menyembunyikan, atau memberi petunjuk yang salah mengenai materi fakta dengan cara apapun, maka jaminan asuransi menjadi batal dan semua hak untuk mendapat ganti rugi berdasarkan Sertifikat Asuransi untuk klaim yang lalu ataupun akan datang akan hilang.

Dengan ini saya memberi kuasa kepada rumah sakit, dokter, atau orang lain yang memeriksa atau mengobati saya untuk melengkapi keterangan yang diperlukan perusahaan atau perwakilannya, seluruh keterangan yang bersangkutan dengan suatu penyakit atau kecelakaan, riwayat kesehatan, konsultasi, pemberian resep atau pengobatan, dan salinan dari seluruh dokumen rumah sakit atau kesehatan. Fotokopi dari surat kuasa ini akan dipelakukan sesuai dengan aslinya.

Dengan ini saya memberi kuasa kepada Pemegang Polis untuk: (1) Melakukan pengurusan atas pengajuan klaim kepada Penanggung, dan (2) Menerima pembayaran penyelesaian klaim dari Penanggung.

Tanggal _____ Tanda tangan Pengaju Klaim _____

VERIFIKASI DATA - HANYA DIISI PETUGAS PEMEGANG POLIS

Masa berlaku pertanggungan Tanggal _____ sampai Tanggal _____ Nasabah aktif ya tidak

Nilai Penggantian :

<input type="checkbox"/> Santunan Harian Rawat Inap rumah sakit	Rp	100.000	X	_____ hari	=	_____
<input type="checkbox"/> Manfaat Pembedahan (maksimum)	Rp	2.500.000			=	_____
<input type="checkbox"/> Santunan Meninggal Dunia akibat Kecelakaan	Rp	5.000.000			=	_____
<input type="checkbox"/> Santunan Cacat Tetap akibat Kecelakaan	Rp	5.000.000	X	_____ %	=	_____
<input type="checkbox"/> Santunan Pendapatan Keluarga jika Tertanggung Meninggal Dunia akibat Kecelakaan	Rp	12.000.000			=	_____
<input type="checkbox"/> Santunan Pemakaman Meninggal Dunia akibat Kecelakaan	Rp	2.500.000			=	_____
Jumlah Total						_____

Maksimum Santunan Harian Rawat Inap dan Manfaat Pembedahan adalah sebesar Rp 10.000.000 per tahun

Terbilang	Dibuat oleh : _____	Diperiksa oleh : _____
--------------------	---------------------	------------------------

Informasi Rekening Pemegang Polis

Bank : _____
 No. Rekening : _____
 Nama Pemilik Rekening : _____

Mohon pihak Pemegang Polis mengirimkan formulir klaim berikut dokumen klaim lainnya ke kantor pusat PT AIG Insurance Indonesia atau via email ke contact.indonesia@aig.com. Jika ada pertanyaan mohon menghubungi AIG @Your Service 0800 124 8888 (nomor bebas pulsa)