

Formulir Klaim

untuk manfaat kematian atau cacat total dan tetap

Petunjuk-petunjuk

- Formulir klaim ini harus diisi dengan lengkap oleh pemegang polis.
- Pemegang polis harus memberitahukan PT. Asuransi Winterthur Life Indonesia dalam waktu 14 hari setelah tanggal kejadian.
- Semua dokumen yang diperlukan harus diajukan ke PT. Asuransi Winterthur Life Indonesia dalam waktu 90 hari setelah tanggal kematian atau pernyataan cacat total dan tetap.

Identitas diri

Nama Nomor polis

Data tertanggung

Nama lengkap Tanggal lahir Jenis kelamin
 Pria Wanita

Alamat

No. telepon rumah No. telepon kantor

Pekerjaan Jabatan

Tempat bekerja Tanggal masuk kerja

Tanggal memenuhi syarat untuk perlindungan asuransi

Tanggal berlakunya kepesertaan

Data klaim

1. Apakah tertanggung aktif bekerja pada tanggal perlindungan asuransi mulai berlaku? Ya Tidak

Apakah tertanggung aktif bekerja pada tanggal kenaikan uang pertanggungan terakhir? Ya Tidak
Jika jawaban dari salah satu pertanyaan di atas adalah Tidak, mohon beri penjelasan.

2. Penyebab kematian atau cacat total dan tetap?

Apakah kematian atau cacat total dan tetap terjadi karena kecelakaan? Ya Tidak
Jika Ya, mohon beri penjelasan lengkap apa yang terjadi.

Tanggal pertama tidak masuk kerja

Tanggal terakhir aktif bekerja

Apakah tertanggung tidak masuk kerja sebelumnya dengan kondisi yang sama atau serupa? Jika jawabannya Ya, mohon beri penjelasan dan tanggal kejadiannya. Ya Tidak

Data dokter yang merawat

Nama

Alamat

No. telepon rumah

No. telepon rumah sakit

Saya menyatakan bahwa pernyataan di atas adalah lengkap dan akurat, bahwa karyawan di atas memenuhi syarat untuk perlindungan asuransi dan bahwa karyawan tersebut adalah peserta program asuransi kumpulan. Selanjutnya, saya menyatakan bahwa karyawan tersebut di atas masih bekerja pada kami pada saat tanggal kematian atau terjadinya cacat.

Tanda tangan

Tempat dan tanggal

Pemegang polis

Jabatan