

FORMULIR KLAIM MENINGGAL DUNIA
TERMASUK KLAIM PAYOR BENEFIT AKIBAT MENINGGAL DUNIA
DEATH CLAIM FORM (INCL. PAYOR BENEFIT CLAIM CAUSED BY DEATH)



PT AVRIST ASSURANCE

Pernyataan dari yang mengajukan klaim / *Claimant statement*

Tanggal Penerimaan Dokumen (Diisi oleh pihak Avrist)
Document Received Date (Filled by Avrist)

(hh/dd) (bb/mm) (tttt/yyyy)

CATATAN: Setiap Pengaju Klaim wajib mengisi 1 (satu) Formulir Klaim ini. Untuk mempercepat proses klaim, dimohon untuk melengkapi dokumen yang diperlukan dan menjawab seluruh pertanyaan di bawah ini dengan lengkap, benar dan jelas. Beri tanda (✓) dalam kotak pertanyaan pilihan.

NOTE: Every Claimant must complete 1 (one) Claim Form. To accelerate the claim process, please complete all the documents needed and answer all questions below completely, correctly and clearly. Tick (✓) inside the box question.

No. Polis / *Policy number*

Klaim yang ingin diajukan / *Type of claim to be submitted*

☐ Meninggal / *Death* ☐ Bebas Premi / *Waiver of Premium*

A. DATA PENGAJU KLAIM / CLAIMANT'S DATA

Nama / *Name*

Tanggal Lahir / *Date of Birth*

Tanggal/Date / Bulan/Month / Tahun/Year

NIK (untuk WNI)/No. Paspor (untuk WNA) / *NIK (for Indonesian)/No. Passport (for foreign)*

Kewarganegaraan / *Nationality*

Alamat saat ini / *Current Address*

Pekerjaan Utama / *Main Job*

Nama Perusahaan / *Company name*

Jenis, Bidang usaha / *Type of business*

Alamat Kantor / *Office address*

No. Telp. Kantor / *Office phone number*

No. NPWP (jika ada) / *NPWP No. (if any)*

No HP / *Mobile Number*

Alamat Email / *Email Address*

Hubungan dengan Tertanggung / *Relation with Insured*

Penjelasan terhadap informasi di atas / *Explanation regarding above information*

Posisi penting di Pemerintahan/Masyarakat (termasuk keluarga) / *Important positions in Government/Community (including family)*

☐ Ya / *Yes* ☐ Tidak / *No*

Jelaskan / *Please explain*

B. DATA TERTANGGUNG / INSURED'S DATA

Nama / *Name*

NIK (untuk WNI) / No. Paspor (untuk WNA) / *NIK (for Indonesian)/No. Passport (for foreign)*

Tanggal Lahir / *Date of Birth*

Tanggal/Date / Bulan/Month / Tahun/Year

Tanggal Meninggal / *Date of Death*

Tanggal/Date / Bulan/Month / Tahun/Year

Tempat Meninggal / *Place of Death*

☐ Rumah Sakit / *Hospital* ☐ Rumah / *Home* ☐ Lainnya / *Others*

Penyebab Meninggal / *Cause of Death*

☐ Penyakit / *Illness* ☐ Kecelakaan / *Accident* ☐ Lainnya / *Others*

Nama dan alamat SEMUA dokter yang pernah memeriksa/merawat Tertanggung / *All doctor's name and address who has treated or examined Insured.*

Nama Dokter <i>Doctor's Name</i>	Alamat / <i>Address</i>	Tanggal Konsultasi / Rawat/Pemeriksaan <i>Consultation/ Hospitalisation/Examination Date</i>	Penyakit yang diderita (Diagnosa) <i>Diagnosa</i>

Perusahaan Asuransi <i>Insurance Company</i>	Nomor Polis <i>Policy Number</i>	Tanggal Polis / <i>Effective Date</i>	Jumlah Uang Pertanggungan <i>Sum Assured</i>

C. JIKA PENGAJUAN KLAIM PAYOR BENEFIT ATAU PEMILIK POLIS MENINGGAL DUNIA / CLAIM FOR PAYOR BENEFIT OR IF POLICY OWNER DEATH
Mohon agar mengisi data pengajuan perubahan pemegang polis sebagai berikut / Please fill the date change of policy owner below

Nama Lengkap / <i>Full Name</i> :		Data Pekerjaan / <i>Occupation</i>	
No. Kartu Pengenal / <i>ID Number</i> :		Pekerjaan / <i>Occupation</i> :	
Tanggal Lahir / <i>Date of Birth</i> :		Nama Perusahaan / <i>Company's Name</i> :	
Jenis Kelamin / <i>Gender</i>	☐ Pria / <i>Male</i> ☐ Wanita / <i>Female</i>	Jenis Usaha / <i>Nature of Business</i> :	
Status / <i>Marital Status</i>	☐ Kawin / <i>Married</i> ☐ Cerai Hidup/ <i>Divorce</i> ☐ Belum Kawin / <i>Single</i> ☐ Cerai Mati/ <i>Widowed</i>	Alamat Perusahaan / <i>Company's Address</i> :	
No. NPWP (jika ada) / <i>NPWP No. (if any)</i> :		Penghasilan Bersih per Tahun / <i>Net Annual Income</i> :	
Kewarganegaraan (Hanya diisi oleh WNA) / <i>Nationality (For foreigner only)</i> :		Data Rekening Bank / <i>Account Bank No.</i>	
Hubungan dengan tertanggung / <i>Relationship with the insured</i> :		Nama Pemilik Rek / <i>Acc Name</i> :	
Alasan perubahan pemilik polis / <i>Reason of change Policy Owner</i> :		No. / <i>Number / Company's Name</i> :	
		Nama Bank / <i>Bank Name</i> :	
		Cabang / <i>Branch</i> :	

Alamat Tempat Tinggal Sekarang | Current Residential Address:

Nama Jalan / *Full Name* : _____

RT/RW : _____

Kelurahan / *Suburb* : _____

Kota / *City* : _____

Kode Pos / *Postal Code* : _____

Telepon / *Phone Number* : _____

Alamat E-mail / *Email Address* : _____

Tanda Tangan Pemilik Polis Baru |
Signature New Policy Owner

(Nama Jelas | *Sure Name*)

D. APABILA KLAIM SESUAI DENGAN KETENTUAN POLIS DAN DISETUJUI, PEMBAYARAN DILAKUKAN KEPADA:
IF THE CLAIM MEETS THE PROVISIONS OF THE POLICY AND APPROVED, PAYMENT IS MADE TO:

Nama Pemilik Rekening / <i>Account Owner's Name</i>	
Bank / <i>Bank</i>	
Cabang / <i>Branch</i>	
Nomor rekening / <i>Account number</i>	
Mata Uang / <i>Currency</i>	☐ Rupiah / <i>IDR</i> ☐ Dollar Amerika / <i>USD</i>

E. INFORMASI KORESPONDENSI KLAIM / CLAIM CORRESPONDENCE

Alamat Pengiriman Surat Keputusan Klaim / *Correspondence Address for Claim Decision Letter*

Mohon agar mengisi seluruh data dibawah ini dengan lengkap, jelas & benar / Please Fill all the questions below :

Alamat Lengkap/ *Full Address* : _____

RT/ RW : ____ / ____
Kelurahan / *Suburb* : _____
Kecamatan / *Subdistrict* : _____
Kota / *City* : _____
Provinsi / *Province* : _____
Kode Pos/ *Postal Code* : _____

F. PERNYATAAN / DECLARATION

1. Saya termasuk setiap pihak yang menandatangani surat permohonan asuransi dan formulir lainnya (Pemilik Polis, dan pihak yang ditunjuk) ("Saya") yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa telah membaca, mengerti dan menjawab seluruh pertanyaan dengan lengkap dan benar. Saya mengajukan klaim atas pertanggung jawaban tersebut kepada PT Avrist Assurance ("Perusahaan") dan menyetujui bahwa pernyataan tertulis dan laporan dari semua dokter yang memeriksa atau merawat Almarhum/ah dan segala surat-surat yang dibutuhkan untuk klaim merupakan dan dianggap sebagai bagian dari Bukti Meninggal Dunia. Saya juga memberi kuasa dan menyetujui Perusahaan untuk melakukan verifikasi kepada pihak lain ataupun meminta tambahan dokumen untuk mendukung informasi tersebut diatas.
I, including all parties who have signed the insurance application and other related forms (the Policyholder and the designated parties) ("I"), hereby declare that I have read, understood, and answered all questions completely and truthfully. I am submitting a claim for the said coverage to PT Avrist Assurance ("the Company") and agree that written statements and reports from all doctors who examined or treated the Deceased, as well as all documents required for the claim, constitute and are considered part of the Proof of Death. I also authorize and agree to allow the Company to verify information with other parties or request additional documents to support the above-mentioned information.
2. Selanjutnya Saya menyetujui bahwa pemberian formulir ini atau formulir-formulir pelengkap lainnya, oleh Perusahaan, tidak merupakan atau dianggap persetujuan Perusahaan atas klaim tersebut dan juga tidak merupakan pengelakan dari hak atau kewajiban.
Further, I agree that the granting of this form or any other supplementary forms, by the Company, is not or shall not be considered as an approved of suchs claim and is also not a circumvention of any rights or obligations.
3. Saya menjamin bahwa Saya bukan Warga Negara Amerika Serikat sebagaimana yang dimaksud oleh ketentuan perundang-undangan pajak penghasilan dari Pemerintah Federal Amerika Serikat dan Saya tidak bertindak atau atas nama seorang Warga Negara Amerika Serikat.
I guarantee that I am not a US citizen as defined by income tax statutory provisions from the Federal Government of the United States and I am not acting or on behalf of a United States Citizen
4. Pernyataan yang salah atau tidak benar ataupun adanya perubahan mengenai status pajak saya diatas dapat dikenakan sanksi/ denda berdasarkan hukum pajak Amerika Serikat yang dilakukan oleh perusahaan yang telah mengikuti FATCA, dan Saya bersedia menanggung sanksi/ denda yang disebabkan oleh pernyataan tersebut.
Any incorrect statements or changes of my above tax status may be liable to sanctions / penalties under United States tax laws by companies that have participated in FATCA, and I am willing to bear the sanctions imposed by such statements.
5. Saya menyatakan dan memahami bahwa sebagai bagian dari proses pengajuan permohonan asuransi dan keberlangsungan Polis, Pemilik Polis, Tertanggung, Pembayar Premi dan/atau pihak terkait lainnya telah memberikan informasi, jawaban, pernyataan dan/atau keterangan kepada Perusahaan, sebagaimana tercantum dalam surat permohonan asuransi, formulir pemulihan Polis (jika ada), formulir penambahan manfaat asuransi dan/atau penambahan uang pertanggung jawaban (jika ada) serta setiap formulir dan dokumen lainnya (termasuk setiap dokumen atau formulir yang diberikan kepada Perusahaan setelah berlakunya Polis) (seluruhnya disebut sebagai "Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya").
I declare and understand that, as part of the insurance application process and the continuation of the Policy, the Policyholder, the Insured, the Premium Payer, and/or other related parties have provided information, answers, statements, and/or explanations to the Company, as stated in the insurance application form, policy reinstatement form (if any), additional insurance benefits and/or sum assured increase form (if any), as well as any other forms and documents (including any documents or forms submitted to the Company after the Policy has become effective) (collectively referred to as the "Pre-Existing Information").
6. Saya dengan ini menyatakan bahwa Saya tidak berhak dan tidak akan membantah, menyanggah, mempertanyakan dan/atau mempermasalahkan kebenaran Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya. Saya juga menyatakan bahwa Saya menerima seluruh ketentuan Polis (termasuk Endorsemen, jika ada).
I hereby declare that I have no right and will not dispute, deny, question, and/or challenge the accuracy of the Pre-Existing Information. I also acknowledge and accept all terms and conditions of the Policy (including any Endorsements, if applicable).

7. Saya menyatakan dan menjamin bahwa semua informasi, jawaban, pernyataan dan/atau keterangan yang Saya berikan dalam formulir klaim ini, serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh Perusahaan sebagai bagian dari pengajuan permohonan klaim, adalah lengkap, benar, akurat, terkini dan sesuai dengan kenyataan, dan tidak ada informasi, jawaban, pernyataan dan/atau keterangan yang Saya sembunyikan.

I represent and warrant that all information, answers, statements, and/or declarations that I have provided in this claim form, as well as any other forms and documents required by The Company as part of the claim application process, are complete, true, accurate, up-to-date, and in accordance with the facts, and that no information, answers, statements, and/or declarations have been concealed.

8. Apabila sebagian atau seluruh (i) Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya; dan/atau (ii) informasi, jawaban, pernyataan dan/atau keterangan tersebut dalam butir (7) ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini dan/atau tidak sesuai dengan kenyataan, atau terdapat informasi, jawaban dan/atau keterangan yang Saya sembunyikan, Saya **SEPAKAT DAN MENYETUJUI** bahwa Perusahaan berhak melakukan hal-hal berikut ini:

If any part or all of (i) the Pre-Existing Information; and/or (ii) the information, answers, statements, and/or declarations referred to in point (7) are found to be incomplete, untrue, inaccurate, outdated, and/or inconsistent with the facts, or if any information, answers, and/or declarations have been concealed, I AGREE AND CONSENT that The Company shall have the right to take the following actions:

- Mengungkapkan semua fakta material, yaitu informasi, jawaban, keterangan, keadaan dan fakta yang dapat mempengaruhi pertimbangan Perusahaan dalam menerima atau menolak suatu permohonan klaim; dan
Disclose all material facts, including information, answers, explanations, circumstances, and facts that may influence the Company's consideration in accepting or rejecting a claim application; and
- Memberikan pernyataan yang benar mengenai hal-hal yang berkaitan dengan permohonan klaim, baik pada saat pengajuan [permohonan asuransi/pemulihan polis/penambahan manfaat asuransi, penambahan uang pertanggungan dan/atau klaim] maupun selama berlakunya Polis.
Provide true statements regarding matters related to the claim application, both at the time of submitting the [insurance application/policy reinstatement/addition of insurance benefits, increase of sum assured and/or claim], as well as during the validity period of the Policy.
- Membatalkan Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Pertanggungan Tambahan);
Cancel the Policy (either in its entirety or limited to the Additional Coverage);
- Mengakhiri Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Pertanggungan Tambahan) tanpa kewajiban untuk mengembalikan Premi dan/atau Biaya Asuransi;
Terminate the Policy (either in its entirety or limited to the Additional Coverage) without any obligation to refund the Premium and/or Insurance Fees;
- Menagih kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi jika, sebagai hasil dari penilaian ulang risiko (re-underwriting), jumlah Premi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. Perusahaan juga berhak untuk melakukan perjumpaan (set-off) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan [Nilai Investasi] yang ada dalam Polis dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan; dan/atau
Collect any outstanding Premium and/or Insurance Fees if, as a result of the re-underwriting process, the amount of Premium and/or Insurance Fees payable is higher than that stated in the Policy. The Company shall also have the right to offset such outstanding payments against the [Investment Value] in the Policy and/or the Insurance Benefits to be paid; and/or
- Menagih kembali semua Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan.
To reclaim all Insurance Benefits that have been paid.

9. Sehubungan dengan hak Perusahaan untuk membatalkan atau mengakhiri Polis sebagaimana disebutkan di atas, Saya dengan ini menegaskan bahwa:

In relation to The Company's right to cancel or terminate the Policy as mentioned above, I hereby affirm that:

- Penandatanganan Formulir Klaim ini oleh Saya merupakan bentuk persetujuan atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh Perusahaan jika terjadi hal-hal yang dimaksud dalam butir (8) ;
My signing of this Claim Form constitutes my consent to the cancellation or termination of the Policy by The Company if any of the circumstances described in point 8 of this Claim Form occur;
- Menyepakati bersama dengan Perusahaan untuk mengesampingkan ketentuan Pasal 1266 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata, sehingga pembatalan atau pengakhiran Polis dapat dilakukan tanpa putusan pengadilan, sepanjang tidak bertentangan dengan ketentuan hukum yang berlaku.
Mutually agree with the Company to waive the provisions of Article 1266 of the Indonesian Civil Code, so that the cancellation or termination of the Policy may be carried out without a court ruling, provided that it does not conflict with the applicable laws and regulations.

G. TANDA TANGAN PENGAJU KLAIM / CLAIMANT'S SIGNATURE



Tanggal Tanda Tangan / Date of Signature / /
Tanggal/Date Bulan/Month Tahun/Year

H. DOKUMEN YANG HARUS DILENGKAPI UNTUK PROSES KLAIM / DOCUMENTS WHICH MUST BE COMPLETED FOR THE CLAIM PROCESS

- | | |
|--|--|
| ☐ Formulir Klaim Yang Diisi lengkap oleh Pengaju Klaim /
<i>Filled Claim Form Completely by Claimant</i> | ☐ Salinan Legalisir Surat Keterangan Kematian dari Kelurahan/Akta Kematian
<i>/ Legalized Copy of Death Certificate from authority or government</i> |
| ☐ Surat Keterangan Dokter Yang Diisi lengkap oleh Dokter
Pemeriksa / <i>Physician's Statement filled by Attending Physician</i> | ☐ Salinan Legalisir Surat Keterangan Kremasi/Pemakaman /
<i>Legalized Copy of cremation/burial certificate</i> |
| ☐ Salinan Legalisir Kartu Identitas yang masih berlaku dari
Pengaju Klaim dan Yang ditunjuk / <i>Legalized Copy of valid ID
Card of Policy Holder, Insured and Beneficiary</i> | ☐ Surat Kronologis Asli kejadian (untuk kejadian meninggal selain di
Rumah Sakit) / <i>Original Chronological Letter of event (if not died in Hospital)</i> |
| ☐ Salinan Legalisir Kartu Keluarga yang masih berlaku dari
Pemilik Polis, Tertanggung dan Yang Ditunjuk / <i>Legalized Copy
of valid Kartu Keluarga of Policy Holder, Insured and Beneficiary.</i> | ☐ Salinan Legalisir Surat Keterangan Kepolisian/Visum untuk
kematian tidak wajar atau akibat kecelakaan / <i>Legalized Copy of
Policy Report/Visum for un-natural death or caused by an accident</i> |
| ☐ Salinan Legalisir Surat Keterangan Kematian dari Rumah Sakit /
<i>Legalized Copy of Death Certificate from hospital</i> | |

CATATAN: Avrist (melalui Claim Dept.) dapat meminta dokumen lain apabila dibutuhkan.
NOTE: Avrist (through Claim Dept.) has right to ask additional documents if needed.