

FORMULIR PENGAJUAN KLAIM MENINGGAL DUNIA - ASURANSI INDIVIDU DEATH CLAIM APPLICATION FORM - INDIVIDUAL INSURANCE

(Diisi oleh ahli waris / Add with beneficiary)

Yang bertandatangan di bawah ini / The undersigned:

Data Termaslahat/Ahli Waris / Data Of The Beneficiary

Nama Lengkap / Full Name : _____

Jenis Kelamin / Sex : ☐ Laki-laki / Male ☐ Perempuan / Female

Tempat Tgl Lahir / Usia : _____, / Tahun / Year
Place and Date of Birth / Age

Alamat / Address : _____
_____ Kode Pos / Zip Code : _____

Telepon / Telephone : Ktr / Off : _____ Rmh / Res : _____ HP / Cel : _____

Faksimili / Facsimile : _____ E- mail : _____

Hubungan dengan Tertanggung / Peserta : ☐ Anak / Child ☐ Istri / Wife ☐ Suami / Husband
Relationship With Insured / Participant ☐ Lain-lain / Other : _____

Menerangkan dengan Sebenarnya, Bahwa / Trully Stated, That

No. Polis / Policy No. : _____

Nama Tertanggung / Name of Insured : _____

Jenis Kelamin / Sex : ☐ Laki-laki / Male ☐ Perempuan / Female

Tempat Tgl Lahir;Usia : _____, / Tahun / Year
Place and Date of Birth;Age

Alamat / Address : _____
_____ Kode Pos / Zip Code : _____

Telepon / Telephone : Rmh / Res : _____ HP / Cel : _____

Pekerjaan / Occupation : _____
(Mohon cantumkan nama perusahaan/alamat dan no.Telepon
Name of Company / Position Address and Phone)

Telah Meninggal Dunia pada: Hari / Day : _____,
Date of Death

Sebab Meninggal : ☐ Sakit / Illness ☐ Kecelakaan / Accident ☐ Lainnya / Other _____
Cause of Death

Tempat Meninggal : ☐ Rumah Sakit / Hospital ☐ Rumah / Home ☐ Lainnya / Other _____
Place of Death

Jika Meninggal Karena Penyakit / If Death Due to Disease

Apakah Tertanggung meninggal dunia secara mendadak (tidak menderita sakit sebelumnya)? : ☐ Ya / Yes ☐ Tidak / No
 Has the Insured Person died suddenly (not suffering from illness)

Jika ya, tuliskan kronologis kejadiannya / :

If yes, write down the chronological occurrence

Jika Tidak, Jawablah Pertanyaan 1 dan 2

If not, please answer questions 1 and 2

1. Kapan Tertanggung merasakan keluhan atau menunjukkan gejala dari penyakit terakhir yang dideritanya?

When did the deceased first complain of or give indications of his last illness?

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

When did the deceased first consult a doctor for his last illness?

Sebutkan penyakit-penyakit lain yang pernah diderita termasuk sejak kapan diderita dan tempat konsultasi / tempat perawatan
 Please mention any other diseases suffered including when, and where consulted / hospitalized

No. No.	Penyakit Disease	Diderita Sejak Suffered Since	Nama dan Alamat Dokter/ Rumah Sakit Name and Address of Doctor/ Hospital

Jika Meninggal Karena Kecelakaan / If Death Due to Accident

Tanggal dan tempat terjadinya kecelakaan / Date and place of accident : , _____

Apakah kecelakaan ini dilaporkan kepada pihak berwajib? Jika tidak, mengapa? ☐ Ya / Yes ☐ Tidak / No

Is this accident reported to the police? If not what was the reason?

Jabarkan secara lengkap bagaimana kecelakaan terjadi? / Please give us a detailed explanation of how the accident happened?

Apakah Tertanggung diasuransikan di perusahaan asuransi lain? ☐ Ya / Yes ☐ Tidak / No

Is the Insured by other insurance companies?:

Nama perusahaan asuransi / Name of insurer : _____ , No. Polis / Policy No. : _____

Keterangan tambahan (wajib diisi), Semua keterangan yang diisi hanya untuk kepentingan PT BNI Life Insurance

Apakah Tertanggung atau keluarga dekat Tertanggung sedang atau pernah memegang jabatan di pemerintahan baik di dalam negeri atau luar negeri?

Have the Insured or their family ever been become officer in the local government or abroad ? ☐ Ya / Yes ☐ Tidak / No

Bila Ya, mohon mengisi pertanyaan berikut/ If Yes, please answer the question below :

Nama / Name : _____ Institusi / Institution : _____
 Posisi / Position : _____ Masa Jabatan / Term of service : _____
 Negara / Country : _____ Hubungan dengan yang ditunjuk /
 wakil ahli waris : _____
 Relationship with beneficiary

Mohon diisi apabila yang ditunjuk / wakil ahli waris adalah pejabat yang bersangkutan :

Please answer if the beneficiary is the officer

Sumber dana / Resource of fund :

Apabila klaim disetujui, pembayaran akan ditransfer melalui :

If the claim payment is approved, the payment will be transferred via

No. No.	Nama Name	Nomor Rekening Account Number	Bank/Cabang Bank/Branch	Mata Uang Currency

**PENERIMA MANFAAT / WAKIL AHLI WARIS
BENEFICIARY**

Tempat dan Tanggal : _____
 Place and Data

Tandatangan dan Nama
 Signature and Name

PT BNI Life Insurance
 Centennial Tower, 11th Floor, Jl. Gatot Subroto Kav. 24-25, Jakarta 12930, Indonesia
 Phone: (+62-21) 2953 9999 (Hunting), Fax : (+ 62-21) 2953 9998, Email : <http://www.bni.life.co.id>

FORMULIR PERNYATAAN PENERIMA MANFAAT
Beneficiary Statement Form

1. Saya* menyatakan dan memahami bahwa sebagai bagian dari proses Pengajuan Klaim Manfaat Asuransi dan keberlangsungan Polis, Pemegang Polis, Tertanggung, Pembayar Premi dan/atau pihak terkait lainnya telah memberikan data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan/atau fakta kepada PT BNI Life Insurance sebagaimana tercantum dalam SPAJ, formulir Pemulihan Polis, formulir perubahan Polis serta setiap formulir dan dokumen lainnya (termasuk setiap dokumen atau formulir yang diberikan kepada PT BNI Life Insurance setelah berlakunya Polis) ("**Dokumen Permohonan**"), yang mana yang sesuai dengan keadaannya (seluruhnya disebut sebagai "**Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya**").

I here by declare and understand that as part of the Death Claim submission process and the continuation of the Policy, the Policyholder, the Insured, the Premium Payer, and/or other related parties have provided data, information, answers, statements, conditions, declarations, and/or facts to PT BNI Life Insurance as stated in the SPAJ, Policy Reinstatement Form, Policy Amendment Form, and any other forms and documents (including any documents or forms submitted to PT BNI Life Insurance after the Policy became effective), all of which correspond to the actual circumstances (collectively referred to as "Previously Provided Information").*

2. 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, object to, question, or challenge the accuracy of the Previously Provided Information. I also declare that I accept all the terms and conditions of the Policy (including any Endorsements, if applicable).

3. Saya menyatakan dan menjamin bahwa semua data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan/atau fakta yang Saya berikan dalam formulir klaim ini, serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh PT BNI Life Insurance sebagai bagian dari pengajuan permohonan klaim Manfaat Asuransi ("**Informasi Konsumen**"), adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada Informasi Konsumen yang Saya sembunyikan.

I declare and warrant that all data, information, answers, statements, conditions, declarations, and/or facts that I have provided in this claim form, as well as in any other forms and documents required by PT BNI Life Insurance as part of the submission of the Insurance Benefit claim ("Consumer Information"), are complete, true, accurate, up-to-date, consistent with one another, and reflect the actual facts, and that I have not withheld any Consumer Information.

4. Apabila sebagian atau seluruh (i) Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya; dan/atau (ii) Informasi Konsumen ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat Informasi Konsumen yang Saya sembunyikan, dengan menandatangani Formulir Klaim ini, Saya SEPAKAT DAN MENYETUJUI bahwa PT BNI Life Insurance berhak melakukan hal-hal berikut ini:

In the event that any part or all of (i) the Previously Provided Information; and/or (ii) the Consumer Information is found to be incomplete, untrue, inaccurate, outdated, inconsistent, and/or not in accordance with the actual facts, or if I have concealed any Consumer Information, by signing this Claim Form, I AGREE AND CONSENT that PT BNI Life Insurance shall have the right to take the following actions:

- a. Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
Reject any submitted Insurance Benefit claim and withhold payment of all or part of the Insurance Benefits;
- b. Melakukan penilaian ulang risiko (re-underwriting), dan menyesuaikan uang pertanggungan, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi atau Biaya Asuransi; dan/atau
Reassess the risk (re-underwriting), and adjust the sum insured and/or the amount of Premium or Insurance Charges; and/or

- c. Menagih kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi, dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), jumlah Premi dan/atau Biaya Asuransi yang harus dibayar lebih besar daripada yang tercantum dalam Polis. PT BNI Life Insurance 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.

Collect any shortfall in Premiums and/or Insurance Charges in the event that, based on the results of the risk reassessment (re-underwriting), the amount of Premiums and/or Insurance Charges payable is higher than that stated in the Policy. PT BNI Life Insurance also reserves the right to set off such shortfall against the [Investment Value] under the Policy and/or the Insurance Benefits payable.

*Saya = Penerima Manfaat atau pihak lainnya yang tidak menandatangani SPAJ

*I = the Beneficiary or any other party who did not sign the SPAJ

PENERIMA MANFAAT / WAKIL AHLI WARIS
BENEFICIARY

Tempat dan Tanggal
Place and Date

Ahli Waris

materai
Rp 10.000

Tanda tangan dan Nama
Signature and Name

PT BNI Life Insurance

Centennial Tower, 11th Floor, Jl. Gatot Subroto Kav. 24-25, Jakarta 12930, Indonesia

Phone: (+62-21) 2953 9999 (Hunting), Fax : (+ 62-21) 2953 9998, Email : <http://www.bni.life.co.id>