

**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 Termaalihat/Ahli Waris / Data Of The Beneficiary

Nama Lengkap / *Full Name* : _____
 Jenis kelamin / *Sex* : Laki-laki / *Male* Perempuan / *Female*
 Tempat Tgl. Lahir/Usia / *Place and Date of Birth /Age* : _____, / Tahun / *Year*
 Alamat / *Address* : _____
 _____ Kode Pos / *Zip Code* : _____
 Telepon / *Telephone* : Ktr / *Off* : _____ Rmh / *Res* : _____ HP / *Cellular* : _____
 Faksimili / *Facsimile* : _____ E- mail : _____
 Hubungan Dengan Tertanggung / peserta / *Relationship With Insured / Participant* : Anak / *Child* Istri / *Wife* Suami / *Husband*
 Lain-lain / *other* : _____

Menerangkan Dengan Sebenarnya, Bahwa / Trully Stated, That

Nomor Polis / *Policy Number* : _____
 Nama Lengkap Tertanggung / *Full Name of Insured* : _____
 Jenis kelamin / *Sex* : Laki-laki / *Male* Perempuan / *Female*
 Tempat Tgl. Lahir;Usia / *Place and Date of Birth ;Age* : _____, / Tahun / *Year*
 Alamat / *Address* : _____
 _____ Kode Pos / *Zip Code* : _____
 Telepon / *Telephone* : Rmh / *Res* : _____ HP / *Cellular* : _____
 Pekerjaan / *Occupation* : _____
 (Mohon cantumkan nama perusahaan/alamat dan noTlp / *Name of Company / Position Address and Phone*) : _____
 Telah Meninggal Dunia Pada / *Date of Death* : Hari / *Day* : _____,
 Sebab Meninggal / *Cause of Date* : Sakit / *Illness* Kecelakaan / *Accident* Lainnya / *Other* : _____
 Tempat Meninggal / *Place of Date* : Rumah Sakit / *Hospital* Rumah / *Home* Lainnya / *Other* : _____

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

- 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 ?

- 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? / *Is the Insured by other insurance companies?* : Ya / *Yes* Tidak / *No*
 Nama perusahaan asuransi / *Name of insurer* : _____, Nomer Polis / *policy Number* : _____

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 / : Cek / *cheque* Transfer / *Transferred*
If the claim payment is approved, the payment will be transferred via

Nama / *Name* : _____ Bank & Cabang / *Bank/ Branc*: _____

No. Rekening / *Account Number* : _____ Mata Uang / *Currency* : Rupiah US \$

PENERIMA MANFAAT / WAKIL AHLIWARIS / BENEFICIARY

 Tempat dan Tanggal / *Place and Date*

 Tandatangan dan Nama / *Signature and Name*