

FORMULIR KLAIM ASURANSI MIKRO DEMAM BERDARAH SYARIAH
PT ZURICH GENERAL TAKAFUL INDONESIA



DATA PESERTA

No. Polis/ No. Voucher : _____
Nama : _____
Tempat/tanggal lahir : _____
No. Identitas : _____ (KTP/NIK)
Alamat : _____

No. Telp Peserta/Pelapor : _____

KETERANGAN KEJADIAN

Waktu Kejadian : Pukul : _____ (WIB/WITA/WIT)
Tanggal Bulan Tahun

Lokasi Kejadian : _____

Kronologis Kejadian : _____

Adakah saksi-saksi yang mengetahui kejadian tersebut : Ya Tidak

Jika Ya, Mohon sebutkan : Nama : _____

Alamat : _____

No Telp : _____

DOKUMEN – DOKUMEN KLAIM

- Formulir klaim Asuransi Mikro Demam Berdarah Syariah
- Fotokopi identitas diri (KTP/NIK) Peserta atau Kartu Keluarga jika Peserta masih di bawah umur atau yang mengajukan klaim adalah Ahli Waris
- Asli atau fotokopi legalisir hasil pemeriksaan laboratorium yang menunjukkan jumlah trombosit Peserta dan/atau positif NS1
- Asli atau fotokopi legalisir bukti rawat inap di Rumah Sakit/Klinik/Puskesmas disertai dengan diagnosa dokter.

Selanjutnya penerima manfaat atas klaim diatas adalah :

Nama	_____
No. KTP/NIK	_____
No. Rekening	_____
Hubungan dengan pemilik polis*	_____

* apabila penerima manfaat atas klaim diberikan kepada ahli waris

Bersama ini saya menyatakan bahwa keterangan tersebut di atas dibuat dengan sebenar-benarnya, dan digunakan sebagai dasar pengajuan klaim. Apabila sewaktu-waktu ditemukan indikasi kebohongan dalam keterangan ini, saya bersedia untuk menerima segala bentuk konsekuensinya.

Catatan :

- Formulir ini harus diisi lengkap sesuai dengan jenis klaim yang diajukan
- Ketidaklengkapan pengisian formulir dan dokumen klaim dapat menyebabkan klaim ditolak
- Gunakan lembar tambahan apabila dibutuhkan dan dilampirkan bersama formulir klaim ini

(Nama lengkap & tanda tangan Pelapor klaim)