

FORMULIR KLAIM ASURANSI MIKRO TIPES 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

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Formulir klaim Asuransi Mikro Tipis Syariah |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Fotokopi identitas diri (KTP/NIK) Peserta atau Kartu Keluarga jika Peserta masih di bawah umur atau yang mengajukan klaim adalah Ahli Waris |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Asli atau fotokopi legalisir hasil pemeriksaan laboratorium yang menunjukkan widal minimal 1/240 atau ditemukannya Salmonella typhi di feses atau Anti-Salmonella typhi IgM 6 -10 |
| 4 | <input type="checkbox"/> | 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)