



CHECK LIST PERSYARATAN DOKUMEN KLAIM

Nama Perusahaan :

Nama Tertanggung :

(1). JENIS PRODUK : PROTECTO CASH PLAN (PCP)

JENIS KLAIM : HOSPITAL INCOME PER HARI

1. Surat Pengajuan Klaim oleh Pemegang Polis dan Cabang dibubuhi Cap/Stempel
2. Mengisi lengkap dan jujur Formulir pengajuan klaim oleh Pemegang Polis / Ahli Waris (**Form Kresna Life**)
3. Foto copy Polis beserta lampirannya
4. Foto copy KTP / SIM Tertanggung yang masih berlaku
5. Foto copy KK (Kartu Keluarga) Tertanggung
6. Surat Keterangan Kecelakaan dan Sketsa Kejadian dari Kepolisian setempat apabila dirawat akibat kecelakaan
7. Resume medis dokter yang merawat harus lengkap di isi, jejas dan bisa terbaca dengan jelas (**Form Kresna Life**)
8. Kwitansi asli biaya perawatan Rumah Sakit atau foto copy yang telah di legalisir lengkap dengan Perinciannya
9. Copy resep obat dari dokter atau bukti pengambilan obat
10. Foto copy hasil pemeriksaan penunjang diagnostic (Lab / Radiologi)
11. Foto Copy Kartu Berobat dari BPJS/KLINIK/RS Tertanggung yang berlaku
12. Dokumen klaim lainnya yang dianggap penting oleh Penanggung

TTD

()

** Klaim Akan Mulai Diproses Setelah Dokumen Lengkap Sesuai Check List ini Dan Semua Form Sudah Diisi*

Dengan Jelas , Lengkap Dan Jujur

