



CHECK LIST PERSYARATAN DOKUMEN KLAIM

Nama Perusahaan :

Nama Tertanggung :

(1). **JENIS PRODUK** : PROTECTO HOSPITAL INCOME GROUP
JENIS KLAIM : MENINGGAL DUNIA AKIBAT SAKIT

1. Surat Pengajuan Klaim Oleh Pemegang Polis Dan Cabang dibubuhi cap / Stempel
2. Isi Formulir Klaim Kematian (Sebab kematian, riwayat kesehatan, kronologis kematian dan pernyataan ahli waris tanda tangan diatas materai Rp. 6.000,-)
3. Foto copy Daftar Peserta di cap/stempel pejabat yang berwenang
4. Foto Copy KTP/SIM Pemegang Polis yang masih berlaku di cap/stempel pejabat yang berwenang
5. Foto Copy KTP/SIM Tertanggung yang masih berlaku di cap/stempel pejabat yang berwenang
6. Foto Copy KTP/SIM Ahli Waris yang masih berlaku di cap/stempel pejabat yang berwenang
7. Foto Copy Kartu Keluarga (KK) tertanggung yang masih berlaku di cap/stempel pejabat yang berwenang
8. Surat keterangan kematian dari pemerintah setempat
9. Surat keterangan kematian dari Rumah Sakit dan Resume medis dokter **(Form Kresna Life)**
10. Surat keterangan **penguburan** (surat izin penggunaan tanah makan) atau Surat keterangan kremasi dari pemerintah
11. Foto copy kartu berobat tertanggung dari BPJS/KLINIK/RS yang masih berlaku di cap/stempel pejabat yang berwenang
12. Surat keterangan Visum Et Repertum *(apabila MD secara tidak wajar)*
13. 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



CHECK LIST PERSYARATAN DOKUMEN KLAIM

Nama Perusahaan :

Nama Tertanggung :

(2)
JENIS PRODUK : PROTECTO HOSPITAL INCOME GROUP

JENIS KLAIM : MENINGGAL DUNIA AKIBAT KECELAKAAN

1. Surat Pengajuan Klaim Oleh Pemegang Polis Dan Cabang dibubuhi cap / Stempel
2. Isi Formulir Klaim Kematian (Sebab kematian, riwayat kesehatan, kronologis kematian dan pernyataan ahli waris tanda tangan diatas materai Rp. 6.000,-)
3. Foto copy Daftar Peserta di cap/stempel pejabat yang berwenang
4. Foto Copy KTP/SIM Pemegang Polis yang masih berlaku di cap/stempel pejabat yang berwenang
5. Foto Copy KTP dan SIM Tertanggung yang masih berlaku di cap/stempel pejabat yang berwenang
6. Foto Copy KTP/SIM Ahli Waris yang masih berlaku di cap/stempel pejabat yang berwenang
7. Foto Copy Kartu Keluarga (KK) tertanggung yang masih berlaku di cap/stempel pejabat yang berwenang
8. Surat keterangan kematian dari pemerintah setempat
9. Surat keterangan ***penguburan*** (surat izin penggunaan tanah makan) atau Surat keterangan kremasi dari pemerintah
10. Foto copy kartu berobat tertanggung dari BPJS/KLINIK/RS yang masih berlaku di cap/stempel pejabat yang berwenang
11. Surat Keterangan kematian dan Sketsa Kejadian dari Kepolisian setempat
12. Surat keterangan Visum Et Repertum (*apabila MD secara tidak wajar*)
13. 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



CHECK LIST PERSYARATAN DOKUMEN KLAIM

Nama Perusahaan :

Nama Tertanggung :

(3). **JENIS PRODUK** : PROTECTO HOSPITAL INCOME GROUP

JENIS KLAIM : CACAT TETAP TOTAL ATAU SEBAGIAN TUBUH

1. Surat Pengajuan Klaim oleh Pemegang Polis dan Cabang dibubuhi Cap/Stempel
2. Mengisi lengkap Formulir Pengajuan Klaim Manfaat Asuransi oleh Pemegang Polis dan dibubuhi Cap/Stempel (**Form Kresna Life**)
3. Foto Copy Daftar Peserta
4. Foto Copy KTP/SIM Pemegang Polis yang masih berlaku diCap/Stempel Pejabat yang Berwenang
5. Foto Copy KTP/SIM Tertanggung yang masih berlaku diCap/Stempel Pejabat yang Berwenang
6. Foto copy SIM Tertanggung yang masih berlaku (Kecelakaan lalu lintas akibat mengendarai Kendaraan bermotor)
7. Surat Keterangan Kecelakaan dan Sketsa Kejadian dari Kepolisian setempat
8. Surat keterangan dokter Ahli perihal keterangan Cacat anggota tubuh yang diderita (**Form Kresna Life**)
9. Hasil pemeriksaan diagnostic dokter lengkap dengan laporan tertulis
10. Foto ukuran Poscard seluruh badan sebelum dan sesudah kecelakaan (foto close up dibagian tubuh/lokasi terjadi cacat)
11. 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



CHECK LIST PERSYARATAN DOKUMEN KLAIM

Nama Perusahaan :

Nama Tertanggung :

(4). JENIS PRODUK : PROTECTO HOSPITAL INCOME GROUP

JENIS KLAIM : P3K / PERAWATAN RUMAH SAKIT

1. Surat Pengajuan Klaim oleh Pemegang Polis dan Cabang dibubuhi Cap/Stempel
2. Mengisi lengkap Formulir Pengajuan Klaim Manfaat Asuransi oleh Pemegang Polis dan dibubuhi Cap/Stempel (**Form Kresna Life**)
3. Foto Copy Daftar Peserta
4. Foto Copy KTP/SIM Pemegang Polis yang masih berlaku diCap/Stempel Pejabat yang Berwenang
5. Foto Copy KTP/SIM Tertanggung yang masih berlaku diCap/Stempel Pejabat yang Berwenang
6. Foto copy SIM Tertanggung yang masih berlaku
(Kecelakaan lalu lintas akibat mengendarai Kendaraan bermotor)
7. Surat Keterangan Kecelakaan dan Sketsa Kejadian dari Kepolisian setempat
8. Kronologis Kecelakaan (**Form Kresna Life**)
9. Surat Keterangan dokter / Resume medis dari dokter yang merawat di Rumah Sakit / Klinik
10. Kwitansi asli biaya perawatan Rumah Sakit atau foto copy yang telah di legalisir lengkap dengan Perinciannya
11. Copy resep obat dari dokter yang merawat
12. Foto Copy Kartu Berobat dari BPJS/KLINIK/RS Tertanggung yang berlaku
13. Foto copy hasil pemeriksaan penunjang diagnostic (Lab / Radiologi)
14. 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



CHECK LIST PERSYARATAN DOKUMEN KLAIM

Nama Perusahaan :

Nama Tertanggung :

(5). **JENIS PRODUK** : PROTECTO HOSPITAL INCOME GROUP
JENIS KLAIM : HOSPITAL INCOME PER HARI

1. Surat Pengajuan Klaim oleh Pemegang Polis dan Cabang dibubuhi Cap/Stempel
2. Mengisi lengkap Formulir Pengajuan Klaim Manfaat Asuransi oleh Pemegang Polis dan dibubuhi Cap/Stempel (**Form Kresna Life**)
3. Foto copy Daftar Peserta dan Benefit Polis
4. Foto Copy KTP/SIM Pemegang Polis yang masih berlaku diCap/Stempel Pejabat yang Berwenang
5. Foto Copy KTP/SIM Tertanggung yang masih berlaku diCap/Stempel Pejabat yang Berwenang
6. Foto copy SIM Tertanggung yang masih berlaku (Kecelakaan lalu lintas akibat mengendarai Kendaraan bermotor)
7. Surat Keterangan Kecelakaan dan Sketsa Kejadian dari Kepolisian setempat apabila dirawat akibat kecelakaan
8. Resume medis dokter yang merawat harus lengkap di isi, jelas dan bisa terbaca dengan jelas (**Form Kresna Life**)
9. Kwitansi asli biaya perawatan Rumah Sakit atau foto copy yang telah di legalisir lengkap dengan Perinciannya
10. Copy resep obat dari dokter yang merawat
11. Foto copy hasil pemeriksaan penunjang diagnostic (Lab / Radiologi)
12. Foto Copy Kartu Berobat dari BPJS/KLINIK/RS Tertanggung yang berlaku
13. 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*

