



DOKUMEN KELENGKAPAN & TATA CARA PENGAJUAN SANTUNAN MENINGGAL DUNIA

DOKUMEN KELENGKAPAN

- 1) Surat Pengantar dari Pemegang Polis yaitu dari PT Pilar Mitra Proteksi dengan menghubungi PIC dari Pilar
- 2) Surat Keterangan Ahli Waris
- 3) Surat Keterangan Kematian (jika Peserta meninggal di rumah sakit)
Form Surat Keterangan Dokter untuk Klaim Santunan Meninggal Dunia dapat diunduh di website www.asuransiikanas.com
- 4) Surat Kronologis Kematian Dari Ahli Waris (jika Peserta meninggal di di rumah)
Form Kronologis Meninggal Dunia untuk Klaim Santunan Meninggal Dunia dapat diunduh di website www.asuransiikanas.com
- 5) Fotokopi KTP dan fotokopi KTP Ahli Waris
- 6) Fotokopi Kartu Keluarga

TATA CARA PENGAJUAN

Dokumen klaim reimbursement di atas sudah harus diterima Pilar Mitra Proteksi paling lambat 50 (lima puluh) hari kalender setelah tanggal kuitansi, untuk selanjutnya diadministrasikan dan disampaikan oleh Pilar ke BRI Life.

Masa kadaluwarsa klaim adalah 50 hari kalender sejak tanggal kuitansi perawatan dilakukan.

Untuk santunan meninggal dunia yang nominalnya sampai dengan RP.10 juta, Peserta hanya cukup mengirimkan email penyampaian klaim reimbursement ke alamat admin@asuransiikanas.com dan ke pilar.ikanas@gmail.com dengan subjek atau judul email: SANTUNAN MENINGGAL<spasi>NAMA PESERTA<spasi>NOMOR KARTU<spasi> NOMOR PESERTA.

Pada isi email disebutkan nama peserta, nomor peserta, nomor kartu nama peserta utama dan jumlah klaim reimbursement yang diajukan, dan data rekening bank untuk pencarian reimbursement tersebut (nama bank, nomor rekening dan nama pemilik rekening).

Kemudian lampirkan softcopy berupa scan dokumen klaim dalam format pdf. Seluruh kelengkapan dokumen reimbursement disatukan dalam satu file pdf.

Peserta selanjutnya tinggal menunggu verifikasi pengajuan klaim tersebut dan apabila disetujui maka akan langsung dibayarkan ke rekening Peserta.

Peserta tetap wajib menyimpan dokumen-dokumen asli pengajuan klaim tersebut selama program ini berlaku untuk suatu saat BRI Life akan melakukan verifikasi kepada para Peserta yang telah mengajukan klaim reimbursement.

Untuk nominal klaim dengan nilai di atas Rp.10.000.000 dalam satu kuitansi, Peserta menyampaikan via pos/ekspedisi berupa *hardcopy* dokumen yang dipersyaratkan ke:

PT PILAR MITRA PROTEKSI

u.p. : Bagian Klaim Asuransi Kesehatan IKANAS STAN

Jalan Kesehatan Nomor 6, Kecamatan Pasar Rebo, Jakarta Timur 13760

Nama PIC : Neneng

Nomor telepon : 0856-8281-889 (WA)

(tuliskan SANTUNAN MENINGGAL DUNIA di bagian ujung kanan depan amplop)

Pengajuan santunan akan diselesaikan dalam 10 hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap oleh BRI Life dan pembayaran klaim disampaikan langsung ke rekening peserta.

BRI LIFE berhak untuk mengadakan pemeriksaan sewajarnya dan mencari keterangan pada pihak-pihak ketiga misalkan Rumah Sakit, Dokter yang pernah merawat ataupun Pihak-pihak yang berwenang.

SURAT KETERANGAN DOKTER (KLAIM MENINGGAL DUNIA)

Nama Pasien	<input type="checkbox"/> Laki-Laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Tanggal lahir	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Nomor rekam medis	
Tanggal perawatan / jumlah hari perawatan	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> s/d <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> = <input type="text"/> Hari
Riwayat Penyakit Dahulu	
Riwayat Penyakit Sekarang	
Diagnosa	
Diagnosa diatas berhubungan dengan	Kecelakaan ; <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Obat terlarang ; <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak HIV (AIDS) ; <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Terapi / Tindakan	
Penyebab / penyakit yang mendasari	
Penyebab / penyakit yang mendasari diderita sejak	
Apakah pasien pernah konsultasi / dirawat sebelumnya	a. Tanggal ; b. Diagnosa ; c. Nama Dokter ; d. Nama Rumah Sakit ;
Tempat dan tanggal meninggal dunia	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Penyebab / dugaan sebab kematian	

Saya, sebagai Dokter yang menangani pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar.

Nama Dokter ;

Nama Rumah Sakit ;

Alamat Rumah Sakit ;

Tempat & Tanggal

 Tandatangan & Nama Dokter/ SIP Dokter
 (Beserta Cap Rumah Sakit)