

## FORMULIR KLAIM ASURANSI KUMPULAN

Meninggal  Kecelakaan  Cacat Tetap Total / Sebagian

### I. DATA POLIS YANG DIMILIKI

#### PETUNJUK PENGAJUAN KLAIM

- Semua pertanyaan pada Formulir ini harus diisi dengan benar, lengkap, dan jelas
- Lengkapi kolom atau coret bila perlu. Bila terjadi salah penulisan, jangan dihapus tetapi dicoret dan dibubuhkan tanda tangan di sebelahnya
- Klaim hanya dapat diproses bila semua dokumen klaim sesuai yang tercantum dalam polis/perjanjian asuransi telah dilengkapi
- Berkas yang diajukan harus dokumen asli/legalisir oleh pihak berwenang/legalisir oleh Departemen Klaim

Nomor Polis	:	<input type="text"/>
Nama Pemegang Polis	:	<input type="text"/>

Nomor Sertifikat	:	<input type="text"/>
Nama Peserta	:	<input type="text"/>
Tanggal Lahir	:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Tanggal Kejadian	:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Jenis Kelamin	:	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita
Waktu/Pukul	:	<input type="text"/>
Tempat Kejadian	:	<input type="checkbox"/> Tempat Tinggal <input type="checkbox"/> Rumah Sakit <input type="checkbox"/> Lainnya : <input type="text"/>

<b>Penyebab Meninggal Dunia</b>	
<input type="checkbox"/> Sakit, nama penyakit yang diderita	: _____
Sejak kapan penyakit diderita	: _____
Jelaskan	: _____
<input type="checkbox"/> Kecelakaan	
Tempat & Tanggal terjadinya Kecelakaan	: _____
<input type="checkbox"/> Lainnya	
(mohon dijelaskan)	: _____
Gambar secara singkat dan jelas mengenai gejala penyakit / kronologis kejadiannya sampai dengan peserta meninggal (Jika kolom tidak cukup harap dibuat di lembar terpisah)	

<b>Klaim Manfaat Cacat Tetap Total/Sebagian:</b>	
Penyebab Kecelakaan	: <input type="checkbox"/> Penyakit, Tanggal Gejala Mulai Terjadi : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	: <input type="checkbox"/> Kecelakaan, Tanggal Waktu Kecelakaan : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Jelaskan secara detail semua gejala dan jenis luka/cacat yang diderita (Jika kolom tidak cukup harap dibuat di lembar terpisah) :	

Apakah Peserta diasuransikan di perusahaan asuransi lain ? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
Nama Perusahaan Asuransi	: <input type="text"/>
Nomor Polis	: <input type="text"/>

Apabila Klaim disetujui, pembayaran akan ditransfer ke Penerima Manfaat : ( isi jika informasi rekening tidak tercantum di perjanjian )	
Nama Pemilik Rekening	: <input type="text"/>
No. Rekening	: <input type="text"/> Mata Uang : <input type="checkbox"/> Rupiah
Nama Bank / Cabang	: <input type="text"/> / <input type="text"/>
Kota	: <input type="text"/>

**PERYATAAN DAN SURAT KUASA**

Yang bertanda tangan di bawah ini :  
Nama : \_\_\_\_\_  
Alamat : \_\_\_\_\_  
  
Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_  
No. NIK : \_\_\_\_\_  
No. Telepon : \_\_\_\_\_  
Hubungan Dengan Tertanggung : \_\_\_\_\_

- Dengan ini saya menyatakan bahwa :
1. Menyatakan dan memahami bahwa sebagai bagian dari proses pengajuan permohonan asuransi dan keberlangsungan Polis, Pemegang Polis, Tertanggung, Pembayar Premi dan /atau pihak terkait lainnya telah memberikan data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan, dan/atau fakta kepada PT Pacific Life Insurance, sebagaimana tercantum dalam Surat Pengajuan Asuransi Jiwa, formulir perubahan Polis serta setiap formulir dan dokumen lainnya (termasuk setiap dokumen atau formulir yang diberikan kepada PT Pacific Life Insurance setelah berlakunya Polis ("Dokumen Permohonan") yang mana yang sesuai dengan keadaannya (seluruhnya disebut sebagai "Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya").
  2. Dengan ini menyatakan bahwa Saya tidak berhak dan tidak akan membantah, menyanggah, mempertanyakan dan/atau memperlakukan kebenaran Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya. Saya juga menyatakan bahwa Saya menerima seluruh ketentuan Polis (termasuk Endorsement/Addendum, jika ada).
  3. Dengan ini menyatakan dan menjamin bahwa semua data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan/atau fakta yang Saya berikan dalam formulir klaim ini, serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh PT Pacific Life Insurance sebagai bagian dari pengajuan permohonan Klaim Manfaat Asuransi ("Informasi Konsumen"), adalah lengkap, benar, akurat, terkini, sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan konsisten antara satu dengan yang lainnya, dan tidak ada Informasi Konsumen yang Saya sembunyikan.
  4. Apabila sebagian atau (i)Informasi Yang Sudah Ada Sebelumnya; dan/atau (ii)Informasi Konsumen ternyata tidak lengkap, tidak benar, tidak akurat, tidak terkini, tidak sesuai dengan kenyataan sebenarnya dan/atau tidak konsisten antara satu dengan lainnya, atau terdapat Informasi Konsumen yang Saya sembunyikan dengan menandatangani Formulir Klaim ini, Saya SEPAKAT DAN MENYETUJUI jika Perusahaan Asuransi melakukan hal-hal berikut ini:
    - a. Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi.
    - b. Melakukan penilaian ulang risiko (re-underwriting), dan menyesuaikan uang pertanggungan, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi atau biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
    - c. Menagih kekurangan Premi dan/atau Biaya Asuransi dalam hal hasil dari penilaian ulang risiko (re-underwriting), jumlah Premi dan/atau biaya Asuransi yang harus dibayar lebih besar dari pada yang tercantum dalam Polis. PT Pacific Life Insurance juga berhak untuk melakukan perjumpaan (set-off) atas kekurangan pembayaran tersebut sesuai dengan Peraturan yang ada dalam Polis dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan.
  5. Memberi Kuasa Kepada Dokter yang pernah mengobati, merawat, dan/atau memeriksa terakhir, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Laboratorium, Institusi Medis manapun, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan maupun pihak-pihak lainnya untuk memberikan keterangan tentang riwayat sakit Tertanggung maupun keterangan lainnya sehubungan dengan klaim atau keperluan lainnya kepada PT Pacific Life Insurance atau mereka yang diberikuasa olehnya, baik selama Tertanggung masih hidup atau setelah meninggal.
  6. Kuasa tersebut di atas diberikan dengan mengesampingkan salah satu cara berakhirnya Kuasa dalam pasal 1803 Kitab Undang-Undang Hukum Perdata yaitu akibat meninggalnya Pemberi Kuasa. Surat Kuasa ini berlaku sejak tanggal ditandatangani dan tetap berlaku walaupun Saya selaku Pemberi Kuasa meninggal dunia.
  7. Kuasa tersebut di atas dan diberikan dengan hak substitusi agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

\*Saya = Penerima Manfaat atau pihak lainnya yang tidak menandatangani Surat Pengajuan Asuransi Jiwa

Tempat / Tanggal : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Ahli Waris

Materai

\_\_\_\_\_  
Nama & Tandatangan

Diketahui oleh pemegang Polis :  
Nama Lengkap : \_\_\_\_\_  
Jabatan : \_\_\_\_\_  
Tanggal :  /  /   
  
\_\_\_\_\_  
Tandatangan & Stempel