Pacific Life insurance

FORMULIR PENGAJUAN KLAIM

(Diisi oleh Pemegang Polis/Tertanggung/Ahli Waris)

☐ MENINGGAL ☐ KECELAKAAN ☐ PENYAKIT KRITIS

Agar mempercepat proses Klaim, harap semua pertanyaan di bawah ini dijawab dengan benar, lengkap dan jelas.

Yang bertandatangan di bawah ini :

No. Polis : _____	:	*Data Pemegang Polis*	*Data Tertanggung*
Nama Sesuai ID	:		
Tempat / Tanggal Lahir	:		
Jenis Kelamin	:		
No. NIK / Passpor / KITAS	:		
No. Telp / HP	:		
Email	:		
Data Untuk Klaim Meninggal			
Nama Termaslahat	:		
Hubungan dengan Tertanggung	:		

Menerangkan bahwa :

Penyebab Meninggal Dunia :

☐ Kecelakaan ☐ Penyakit Kritis ☐ Lain-lain : _____

Nama penyakit / cedera	_____
Tanggal Penyakit / cedera mulai diderita	_____/_____/_____(tgl/bln/thn) atau sejak
Nama & Alamat Rumah Sakit	_____
Nama Dokter	_____
No. Kartu Berobat / Rekam Medik	_____
Tanggal Masuk Rumah Sakit	_____/_____/_____(tgl/bln/thn)
Tanggal Keluar Rumah Sakit	_____/_____/_____(tgl/bln/thn)
Tanggal Pembedahan (jika ada)	_____/_____/_____(tgl/bln/thn)
Tempat, tanggal & jam terjadinya Kecelakaan	_____/_____/_____(tgl/bln/thn)
Keadaan luka/cedera secara terperinci	_____
Tanggal & Jam meninggal	_____/_____/_____(tgl/bln/thn)
Tempat meninggal	_____

Kronologis kejadian kecelakaan/meninggal/penyakit kritis :

Apakah Tertanggung sebelumnya pernah dirawat/diobati untuk penyakit/cedera yang sama atau penyakit lainnya ? Jika YA, mohon lengkapi tanggal pengobatan dan Nama & Alamat Dokter/Rumah Sakit	☐ YA, Tanggal : _____/_____/_____(tgl/bln/thn) ☐ TIDAK Nama & Alamat Dokter/Rumah Sakit : _____
Polis lain yang dimiliki oleh Tertanggung	Asuransi _____ No. Polis _____

Apabila Klaim disetujui, mohon pembayaran klaim dilakukan melalui : ☐ Transfer

Nama : _____ Nama Bank & Cabang : _____ Kota : _____

No. Rekening : _____ Mata Uang : ☐ Rupiah

Hubungan Pemilik Rekening dengan Pemegang Polis/Ahli Waris :

☐ Diri Sendiri ☐ Suami/Istri ☐ Anak/Orang Tua ☐ Kakak/Adik

*Pembayaran ke rekening selain Pemegang Polis/Ahli Waris hanya dapat ditujukan ke keluarga inti dari Pemegang Polis/Ahli Waris (Suami, Istri, atau Anak untuk yang sudah menikah dan Ayah, Ibu, Kakak atau Adik untuk yang belum menikah). Pemilik Rekening wajib melampirkan fotokopi Identitas diri (KTP/SIM/Passport).

PERNYATAAN

Dengan ini Saya menyatakan bahwa :

1. 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 ini menyatakan bahwa Saya tidak berhak dan tidak akan membantah, menyanggah, mempertanyakan dan/atau mempermasalahkan 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 Maslahat 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 daripada 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 diberi kuasa 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 subtitusi agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.
8. Keterangan dalam formulir ini kami berikan sesuai dengan keadaan sebenarnya dan kami memahami bahwa apabila ternyata keterangan yang kami berikan tidak benar, maka PT Pacific Life Insurance berhak membatalkan perjanjian pertanggungan atas Polis tersebut di atas.

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

Ditandatangani di _____, Tanggal _____/_____/_____

_____	_____	_____	_____
Nama & Tanda Tangan Tertanggung (*untuk Klaim Cacat & Penyakit Kritis*)	Nama & Tanda Tangan Pemegang Polis	Nama & Tanda Tangan Ahli Waris	Nama & Tanda Tangan Pemilik Rekening