

☐ **MENINGGAL**
☐ **CACAT**
☐ **PERLINDUNGAN TERHADAP 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 : _____		<i>Data Pemegang Polis</i>	<i>Data Tertanggung</i>
Nama Sesuai ID	:		
Tempat / Tanggal lahir	:		
Jenis Kelamin	:	☐ Pria ☐ Wanita	☐ Pria ☐ Wanita
No. KTP/ Identitas Lain	:		
No. Tlp / HP	:		
Email	:		
<i>Data Untuk Klaim Meninggal</i>			
Nama Termaslahat	:		
Hubungan dengan Tertanggung	:		

Menerangkan bahwa:

<i>Penyebab Perawatan/Meninggal</i>	
☐ Penyakit	☐ Kecelakaan ☐ 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	_____
Tanggal keluar Rumah Sakit	_____/_____/____ (tgl/bln/thn)
Tanggal pembedahan (jika ada)	_____/_____/____ (tgl/bln/thn)
Tempat, tanggal & jam terjadinya Kecelakaan	_____, ____/____/____ (tgl/bln/thn), Jam: _____
Kedadaan luka/cedera secara terperinci	_____
Tanggal & jam meninggal	_____/_____/____ (tgl/bln/thn), Jam: _____
Tempat meninggal	_____
<i>Kronologis kejadian kecelakaan/meninggal</i>	

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 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. 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	