

FORMULIR PENGAJUAN KLAIM

3 : SS_ S

Petunjuk pengisian formulir

- ▶ Penulisan menggunakan TINTA HITAM dan huruf KAPITAL.
- ▶ Semua Dokumen Pengajuan dan pertanyaan pada Formulir Klaim & Surat Keterangan Dokter harus diisi dengan benar, lengkap, dan jelas tanpa pembebanan kepada PT Asuransi Jiwa Sequis Life.
- ▶ WAJIB melampirkan dokumen & hasil-hasil pemeriksaan penunjang.

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap :

Nomor KTP :

Alamat :

Kode Pos :

Nomor Telepon : - Handphone :

E-mail :

Hubungan dengan Tertanggung : Diri Sendiri Pasangan Orang Tua Anak Saudara Kandung Lainnya _____

Ingin mengajukan klaim atas polis:

Nomor Polis :

Nama Pemegang Polis :

Nama Tertanggung :

Alamat :

Nomor Telepon : Handphone : -

E-mail :

Jenis Klaim : Klaim Kematian Penyakit Kritis Cacat Tetap/Sebagian Bebas Premi Kesehatan

Tanggal Kejadian/Perawatan : / / Selesai Perawatan (untuk klaim kesehatan) : / /

Penyebab Dirawat/Cacat/Meninggal : Penyakit Kecelakaan

Berikan gambaran secara singkat mengenai gejala/kejadiannya :

Apakah tertanggung diasuransikan di perusahaan asuransi lain?

Tidak Ya, mohon isi kolom di bawah ini

Nama Perusahaan

Nomor Polis (pisahkan dengan tanda koma apabila memiliki lebih dari 1 polis)

Pembayaran dapat dilakukan dengan transfer pada

Bank :

Cabang :

Kota :

Nama Pemilik Rekening :

Nomor Rekening : Mata Uang: IDR USD (pilih)

Demikian pengajuan klaim ini saya buat dengan sebenar-benarnya

Ditandatangani di : Tanggal (tgl/bln/tahun): / /

 (Nama Lengkap dan Tanda Tangan)

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat :

No. KTP (WNI) atau Paspor (WNA) :

No. Polis :

Sebagai* Tertanggung Pemegang Polis * Ahli Waris / Penerima Manfaat dari :

Jika Pemegang Polis sama dengan Tertanggung maka data dibawah ini tidak perlu diisi

Nama :

Alamat :

No. KTP (WNI) atau Paspor (WNA) :

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Dengan ini Saya menyatakan dan menjamin kepada PT Asuransi Jiwa Sequis Life ("Sequis") bahwa :

- Saya memberikan kuasa dengan hak substitusi, tanpa syarat dan yang tidak dapat dicabut kembali kepada masing-masing, yang dapat bertindak sendiri-sendiri maupun secara bersama-sama : (i) Sequis; (ii) setiap orang yang bekerja sama dengan Sequis sehubungan dengan proses pengurusan, pemeriksaan dan/atau investigasi klaim asuransi (iii) setiap Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Perusahaan Reasuransi, Badan Hukum, Perorangan atau Organisasi lainnya, yang mempunyai semua data dan/atau informasi dan/atau keterangan mengenai catatan medis atau mengetahui keadaan/ kesehatan Saya, riwayat pengobatan atau perawatan di Rumah Sakit maupun institusi pelayanan medis lainnya (termasuk diagnosis atau nasihat dokter atau tenaga medis lainnya); dan (iv) perusahaan atau perorangan atau organisasi lainnya yang menjadi Pemegang Polis, untuk melakukan hal-hal sebagai berikut:
 - Memberikan mengungkapkan dan/atau menyerahkan kepada Sequis setiap keterangan, data, informasi dan/atau catatan/isi/ringkasan rekam medis (termasuk memberi salinan dokumen terkait) sehubungan dengan, namun tidak terbatas pada, diagnosis, riwayat pengobatan atau perawatan dan/atau pelayanan medis yang diberikan kepada Saya.
 - Mendapatkan segala keterangan/informasi/catatan/rekam medis dari Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas dan/atau maupun institusi pelayanan medis lainnya sehubungan dengan diagnosis dan atau pelayanan medis yang diberikan kepada Saya yang mana akan digunakan untuk memproses permohonan asuransi Saya dan/atau pengajuan klaim sesuai dengan ketentuan polis dan hukum yang berlaku; dan
 - Melakukan segala sesuatu sehubungan dengan pengajuan klaim asuransi dan/atau hal-hal lainnya yang berkaitan dengan klaim asuransi.
- Saya dengan ini memahami bahwa Sequis memiliki kepentingan yang sah untuk melakukan hal-hal di bawah ini sehubungan dengan pengajuan klaim:
 - mendapatkan, memproses data dan/atau informasi pribadi Saya (termasuk data informasi kesehatan serta finansial Saya) dalam rangka dan/atau untuk setiap tujuan berikut: (i) penilai risiko asuransi (ii) pengajuan dan penanganan setiap klaim (termasuk namun tidak terbatas pada pemeriksaan dan investigasi klaim); (iii) pembayaran klaim; (iv) keperluan ko-asuransi termasuk penanganan klaim yang timbul atas ko-asuransi; (v) pelayanan nasabah termasuk penanganan keluhan; (vi) setiap proses hukum yang melibatkan Sequis; dan/atau (vii) kerja sama reasuransi atau retrosesi.
 - mengungkapkan data dan/atau informasi pribadi Saya kepada pihak-pihak berikut ini: (i) ahli medis dan/atau pihak ketiga lainnya (termasuk pihak yang memberikan perawatan, pelayanan kesehatan dan/atau layanan lainnya kepada Saya); (ii) setiap perusahaan (termasuk perusahaan penyedia layanan, perusahaan asuransi, dan perusahaan reasuransi), mitra, orang atau pihak ketiga yang ditunjuk dan/atau bekerja sama dengan Sequis; (iii) afiliasi, anak perusahaan, agen dan perwakilannya dan/atau usaha patungan; dan/atau (iv) otoritas, asosiasi asuransi dan/atau badan pemerintah (regulator), dalam rangka dan/atau untuk setiap tujuan sebagaimana diuraikan dalam butir 2 (a) di atas.
- Saya membebaskan Sequis, Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Perusahaan Reasuransi, Badan Hukum, Perorangan atau Organisasi lainnya yang telah memberikan keterangan atau catatan kesehatan Saya dari segala tuntutan hukum.
- Saya memahami bahwa Saya memiliki kewajiban untuk bertindak dengan itikad terbaik (*utmost good faith*) dalam (i) pengajuan permohonan asuransi, permohonan Pemulihan Polis, permohonan perubahan Polis dan/atau permohonan lainnya terkait Polis (yang mana sesuai dengan keadaannya); dan (ii) pengajuan klaim Manfaat Asuransi ("Permohonan Konsumen"). Oleh karena itu, Saya memahami bahwa Saya wajib dan telah mengungkapkan secara benar dan lengkap semua fakta material yaitu data, informasi, jawaban, keterangan, keadaan, pernyataan dan fakta yang dapat mempengaruhi pertimbangan Sequis dalam menerima atau menolak pengajuan Permohonan Konsumen dan/atau menetapkan jumlah Premi.
- Saya menyatakan dan menjamin bahwa semua data, informasi, jawaban, keterangan, pernyataan dan/atau fakta yang Saya berikan ("Informasi Konsumen") dalam Surat Permintaan Asuransi ("SPA"), formulir Pemulihan Polis, formulir perubahan Polis, formulir klaim Manfaat Asuransi, serta setiap formulir dan dokumen lainnya yang disyaratkan oleh Sequis ("Dokumen Permohonan") sebagai bagian dari pengajuan Permohonan Konsumen adalah lengkap, benar, akurat, terkini dan sesuai dengan kenyataan yang sebenarnya dan konsisten antara satu dengan lainnya, dan tidak ada Informasi Konsumen yang Saya sembunyikan, baik dengan sengaja maupun tidak sengaja.
- Apabila Informasi Konsumen tersebut dalam butir 4 di atas ini 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 Pernyataan Persetujuan ini, Saya SEPAKAT DAN MENYETUJUI, jika Sequis melakukan hal-hal berikut ini:
 - Menolak setiap klaim Manfaat Asuransi yang diajukan dan tidak membayarkan seluruh atau sebagian Manfaat Asuransi;
 - Membatalkan Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada Asuransi/Polis Dasar/ Pertanggunggunaan Tambahan/Polis Tambahan), dengan pengembalian Premi (atau Biaya Asuransi dari Asuransi/Pertanggunggunaan Tambahan, sebagaimana relevan) yang telah dibayarkan setelah dikurangi dengan biaya internal pemeriksaan kesehatan (jika ada), Manfaat Asuransi yang telah dibayarkan (jika ada) dan biaya-biaya yang timbul pada saat penerbitan Polis (apabila ada);
 - Mengakhiri Polis (baik secara keseluruhan atau hanya terbatas pada asuransi/ Pertanggunggunaan Tambahan) tanpa kewajiban untuk mengembalikan Premi dan/atau Biaya Asuransi, apabila terdapat unsur penipuan, pemalsuan atau kesalahan yang disengaja dalam pemberian setiap Informasi Konsumen yang tercantum dalam Dokumen Permohonan, atau apabila terdapat penyembunyian suatu Informasi Konsumen yang sebenarnya dalam Dokumen Permohonan. Atas pengakhiran tersebut, Saya juga harus menyetujui bahwa Sequis hanya akan membayarkan Nilai Tunai (khusus untuk Produk Asuransi Yang Dikaitkan Dengan Investasi), jika ada;
 - Melakukan penilaian ulang risiko (*re-underwriting*), dan menambahkan syarat dan ketentuan tambahan ke dalam Polis (baik Polis Dasar dan/atau setiap Asuransi/Pertanggunggunaan/Polis Tambahan), termasuk menambahkan risiko yang dikecualikan, menyesuaikan uang pertanggunggunaan, dan/atau menyesuaikan jumlah Premi atau Biaya Asuransi yang harus dibayar; dan/atau
 - Menagih besaran 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. Sequis juga berhak untuk melakukan perjumpaan (*set-off*) atas kekurangan pembayaran tersebut dengan Nilai Tunai yang ada dalam Polis Saya dan/atau Manfaat Asuransi yang akan dibayarkan. Atas hal tersebut Saya wajib membayarkan (jika ada) kekurangan Premi dan Biaya Asuransi.

PERNYATAAN PERSETUJUAN

PERNYATAAN PERSETUJUAN

7. Sehubungan dengan klausul pembatalan atau pengakhiran Polis sebagaimana disebutkan dalam butir 5 di atas, Saya dengan ini menegaskan bahwa:
- Penandatanganan Pernyataan Persetujuan ini oleh Saya merupakan bentuk persetujuan atas pembatalan atau pengakhiran Polis oleh Sequis jika terjadi hal-hal yang dimaksud dalam butir 5 di atas; dan
 - Saya setuju untuk mengesampingkan ketentuan Pasal 1266 Kitab Undang-undang Hukum Perdata dan/atau ketentuan perundang-undangan lainnya yang mensyaratkan pengakhiran atau pembatalan Polis harus dilakukan berdasarkan putusan pengadilan.

Demikian Pernyataan Persetujuan ini Saya buat, dengan menandatangani Pernyataan Persetujuan ini, Saya memahami dan menyetujui bahwa apabila terdapat perbedaan atau ketidaksesuaian antara ketentuan dalam Polis, formulir SPA, dan formulir-formulir lainnya yang berkaitan dengan pertanggungans Saya, maka Pernyataan Persetujuan ini akan dianggap sebagai dokumen yang sah, terakhir ditandatangani, serta berlaku dan mengikat secara hukum.

Ditandatangani di :

Tanggal/bulan/tahun pengisian :

Materai Rp.10.000

(Nama Lengkap dan Tanda Tangan Pemberi Kuasa dan Pembuatan Pernyataan)