

**FORMULIR PENGAJUAN KLAIM**

**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)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 DAN SURAT KUASA

### Written Consent And Power Of Attorney

Yang bertanda tangan di bawah ini (Herewith) :

Nama (Name) : .....

Alamat (Address) : .....

No. KTP (WNI) atau Paspor (WNA)  
(ID Number (Local) or Passport (Foreigner)) : .....

No. Polis (Policy Number) : .....

Sebagai (as of) \*  Tertanggung (Insured)  Pemegang Polis (Policyholder)  Ahli Waris dari (Beneficiary of):

\*Jika Pemegang Polis sama dengan Tertanggung maka data dibawah ini tidak perlu diisi (If the Policy Holder also acts as the Insured, the following information can be left blank)

Nama (Name) : .....

Alamat (Address) : .....

No. KTP (WNI) atau Paspor (WNA)  
ID Number (Local) or Passport (Foreigner) : .....

Dengan ini Saya memberikan kuasa, menyatakan, dan menyetujui bahwa / I hereby authorizes, declare, and agree that:

1. Kuasa dan persetujuan kepada Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan atau Organisasi lainnya, yang mempunyai catatan/keterangan/keadaan/informasi apapun termasuk namun tidak terbatas pada riwayat kesehatan Tertanggung dan/atau Pemegang Polis dan memberikan catatan atau keterangan tersebut kepada PT Asuransi Jiwa Sequis Life ("**Penanggung**") sehubungan dengan pengajuan klaim yang sedang diajukan dan / atau terkait seluruh Polis yang tercatat di Penanggung. (Authorize and consent to the Physicians, Hospital, Clinic, Public Health Services, Insurance Company, Legal Institution, Individual or other Organizations, who have record/information/ or know any condition / any information including but not limited to medical history of the Insured/Policyholder and provide the record or information to PT Asuransi Jiwa Sequis Life ("**Insured**") relevant to the claim process and/or all policies registered in the Insurer).
2. Kuasa kepada Penanggung untuk mendapatkan segala catatan/keterangan/keadaan/informasi apapun termasuk namun tidak terbatas pada riwayat kesehatan atas Tertanggung dan / atau Pemegang Polis dari Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan, Organisasi dan / atau Pihak lainnya sehubungan dengan pengajuan klaim yang sedang diajukan dan / atau terkait seluruh Polis yang tercatat di Penanggung. (Authorize to Insurer to gather all record/information/ or know any condition / any information including but not limited to medical history of the Insured/Policyholder from Physicians, Hospital, Clinic, Public Health Services, Insurance Company, Legal Institution, Individual, Organizations and / or Other Parties which relevant to the claim process and/or all policies registered in the Insurer).
3. Kuasa kepada Penanggung untuk melakukan verifikasi atas informasi dan/atau data pribadi Tertanggung dan/atau Pemegang Polis; mengumpulkan, mengolah, menyimpan informasi dan/atau data pribadi Tertanggung dan/atau Pemegang Polis; menggunakan dan/atau memberikan dan/atau mengungkapkan informasi/keterangan pribadi Tertanggung dan/atau Pemegang Polis yang tersedia, diperoleh atau disimpan Penanggung sesuai yang tercantum dalam pernyataan ini atau sarana lain, kepada pihak-pihak lain (termasuk namun tidak terbatas kepada Instansi Pemerintah, Perusahaan Reasuransi, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan atau Organisasi lainnya baik di dalam maupun luar negeri) yang memiliki hubungan kerjasama dengan Penanggung dalam rangka pengajuan klaim ini dan / atau terkait seluruh Polis yang tercatat di Penanggung dan memusnahkan informasi dan/atau data pribadi tersebut berdasarkan ketentuan yang berlaku. (Authorize the Insurer, to verify personal information and/or data of the Insured/Policyholder; collect, process, store of the Insured/Policyholder personal information and/or data; use and/or provide and/or disclose the Insured/Policy Holder's personal information/information that is available, obtained or stored by the Insurer as stated in this statement or other means, to other parties (including but not limited to Government Institution, Reinsurance Companies, Insurance Companies, Legal Institution, Individual or other Organizations both domestically and overseas) that have a cooperative relationship with the Insurer in the context of submitting this claim and/or any policies in the Insurer; and to destroy my personal information and/or data based on the applicable provisions).
4. Dokumen pembayaran dan/atau Kuitansi yang dilampirkan kepada Penanggung adalah dokumen asli dan hanya diperuntukkan untuk Penanggung. (Payment documents and/or receipt attached for Insured are the original documents and addressed for Insured only).
5. Saya menjamin untuk bertanggung jawab dan menanggung segala bentuk ganti kerugian termasuk mengembalikan kepada Penanggung atas manfaat asuransi yang telah diterima apabila terbukti terdapat pelanggaran dan/atau penipuan (yang tidak perlu dibuktikan oleh hukum) terhadap dokumen atau informasi yang diberikan kepada Penanggung. (I will responsible and bear for any kind of loss that may occurred including refund all insurance benefit that I have received to the Insurer in the event of violation and/or fraud (not required to be proven by law) be conducted and proven upon documents or information submitted to the Insurer).
6. Saya membebaskan Penanggung, Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan, Organisasi dan / atau Pihak lainnya yang telah memberikan catatan/keterangan/keadaan/informasi tersebut dari segala tuntutan hukum. (I release Insured, Physicians, Hospital, Clinic, Public Health Services, Insurance Company, Legal Institution, Individual, Organization and or other Parties who have provided the information or notes from all legal litigation).

Pemberian kuasa ini tidak dapat ditarik kembali atau dibatalkan dan mengikat para pengganti/ahli waris dan orang yang ditunjuk dan tetap berlaku setelah Saya meninggal dunia atau dalam keadaan cacat, maupun oleh sebab-sebab yang disebutkan dalam Pasal 1813, Pasal 1814, dan Pasal 1816 Kitab Undang-undang Hukum Perdata Indonesia. Salinan kuasa ini memiliki kekuatan hukum yang sama dan mengikat seperti aslinya. (This power of attorney cannot be withdrawn or cancelled and binds the successors/heirs and appointed persons and remains in effect after I die or when I am in a state of disability, as well as for the reasons mentioned in Article 1813, Article 1814, and Article 1816 of the Indonesian Civil Law. This copy of the power of attorney has the same legal force and binding as the original).

Demikian pernyataan persetujuan dan kuasa ini Saya buat dan salinan dari pernyataan ini sama sah dan berlaku seperti aslinya, bersifat dan mempunyai kekuatan hukum yang sama. (I certify that this written consent and power of attorney is true and the copy of this statement has the same legal force as the original).

Ditandatangani di (Place):

Tanggal/bulan/tahun pengisian (Date):