

FORMULIR PENGAJUAN KLAIM ASURANSI KESEHATAN KUMPULAN

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 dan hasil-hasil pemeriksaan penunjang.

DATA KEPESERTAAN

Nama Perusahaan

Nomor Polis – Nomor Kepesertaan

Nama Karyawan / Karyawan

Nama Pasien (jika bukan Karyawan)

DATA PASIEN / TERTANGGUNG

Nomor KTP

Hubungan Pasien dengan Karyawan / Karyawati

☐ Diri Sendiri

☐ Pasangan

☐ Anak ke ____

Tanggal Lahir

-

-

(tanggal)

(bulan)

(tahun)

Jenis Kelamin

☐ Laki - Laki

☐ Perempuan

Nomor Telepon / Handphone (aktif)

Jenis Klaim

☐ Rawat Inap

☐ Persalinan

☐ Santunan Tunai Harian

☐ Rawat Jalan

☐ Perawatan Gigi

☐ Kacamata

Apakah Tertanggung diasuransikan di perusahaan asuransi lain?

☐ Tidak

☐ Ya, memiliki asuransi di perusahaan _____

PERNYATAAN DAN PERSETUJUAN

Dengan ini Saya memberikan dan menyatakan:

1.

Persetujuan kepada Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan atau Organisasi lainnya yang mempunyai catatan/keterangan atau mengetahui keadaan/kesehatan Tertanggung/Pemegang Polis dan memberikan catatan atau keterangan tersebut kepada PT Asuransi Jiwa Sequis Life sehubungan dengan pengajuan klaim yang sedang diajukan.

2.

Kuasa kepada PT Asuransi Jiwa Sequis Life untuk mendapatkan segala suatu tentang keterangan atau catatan medis dari Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan atau Organisasi lainnya.

3.

Dokumen pembayaran dan/atau kuitansi yang dilampirkan kepada PT Asuransi Jiwa Sequis Life adalah dokumen asli dan hanya diperuntukkan untuk PT Asuransi Jiwa Sequis Life.

4.

Saya bersedia untuk bertanggung jawab dan menanggung segala bentuk ganti kerugian, termasuk mengembalikan manfaat asuransi yang telah saya terima kepada PT Asuransi Jiwa Sequis Life apabila terbukti terdapat pelanggaran dan/atau penipuan (yang tidak perlu dibuktikan oleh hukum) terhadap dokumen yang Saya lampirkan kepada PT Asuransi Jiwa Sequis Life.

5.

Saya membebaskan PT Asuransi Jiwa Sequis Life, Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan atau Organisasi lainnya yang telah memberikan keterangan atau catatan tersebut dari segala tuntutan hukum.

6.

Semua keterangan yang diberikan di dalam Formulir ini adalah benar telah Saya tulis dan buat atas keinginan dan persetujuan Saya tanpa unsur paksaan dari Pihak manapun, serta tidak ada keterangan maupun hal-hal lain yang Saya sembunyikan. Segala risiko yang timbul termasuk yang diakibatkan karena Formulir ini ditandatangani dalam keadaan kosong/belum terisi lengkap menjadi tanggung jawab Saya.

7.

Apabila dikemudian hari diketahui bahwa keterangan dan/atau pernyataan dan/atau pemberitahuan yang disampaikan dalam Formulir ini ternyata keliru dan/atau tidak sesuai fakta dan/atau ditemukan ketidakjujuran dan/atau ditemukan adanya dokumen lain yang sah secara hukum yang dapat membatalkan dokumen yang telah diberikan, maka Saya mengerti dan setuju jika PT Asuransi Jiwa Sequis Life dapat membatalkan persetujuan atas pengajuan klaim ini termasuk meminta pengembalian atas pembayaran klaim apabila telah dibayarkan dan Saya membebaskan PT Asuransi Jiwa Sequis Life dari segala tuntutan hukum apapun di kemudian hari apabila PT Asuransi Jiwa Sequis Life melakukan pembatalan persetujuan atas klaim yang telah dibuat sebelumnya.

8.

PT Asuransi Jiwa Sequis Life dalam hal bermaksud untuk menggunakan data-data dan informasi pribadi (antara lain namun tidak terbatas kepada data terkait nama, alamat, tanggal kelahiran nomor telepon, alamat email dan data terkait lainnya) yang tercantum di dalam Formulir ini ataupun sarana lainnya untuk memberikan pelayanan dari waktu ke waktu kepada pihak-pihak lain yang bekerjasama dengan PT Asuransi Jiwa Sequis Life.

9.

PT Asuransi Jiwa Sequis Life untuk menggunakan dan memberikan informasi atau keterangan mengenai Saya yang tersedia, diperoleh atau disimpan oleh PT Asuransi Jiwa Sequis Life (sesuai yang tercantum pada Formulir ini atau sarana lain beserta segala perubahannya) kepada pihak-pihak lain, termasuk namun tidak terbatas pada perusahaan reasuransi, asuransi, lembaga, bank, atau badan hukum lain baik di dalam maupun di luar negeri yang memiliki hubungan kerjasama PT Asuransi Jiwa Sequis Life dalam rangka pengajuan Formulir ini, ketentuan Polis, pembayaran klaim, pelayanan nasabah, maupun penawaran produk lain kepada Saya serta sebagai bukti pelaksanaan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku kepada Pemerintah Republik Indonesia (termasuk informasi perpajakan).

10.

Sesuai dengan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 8 Tahun 2023 Tentang Penerapan Program Anti Pencucian Uang, Pencegahan Pendanaan Terorisme, dan Pencegahan Pendanaan Poliferasi Senjata Pemusnah Massal ("POJK 8/2023"), serta peraturan pelaksanaannya dan perubahan selanjutnya (jika ada), Saya menyadari, mengerti dan memahami bahwa Saya memiliki kewajiban untuk senantiasa melakukan pengkinian data pribadi Saya kepada PT Asuransi Jiwa Sequis Life dan menyerahkan salinan dokumen pendukung yang berlaku kepada PT Asuransi Jiwa Sequis Life. Berdasarkan peraturan tersebut, Saya juga setuju bahwa PT Asuransi Jiwa Sequis Life dapat menolak hubungan usaha/transaksi, membatalkan transaksi dan/atau menutup hubungan usaha dengan Saya apabila Saya, (1) tidak melakukan pengkinian data tersebut dan/atau; (2) diketahui dan/atau patut diduga menggunakan dokumen palsu dan/atau; (3) menyampaikan informasi yang diragukan kebenarannya dan/atau; (4) terdapat di dalam Daftar Terduga Teroris dan Organisasi Teroris dan/atau; (5) terdapat di dalam Daftar Pendanaan Profilerasi Senjata Pemusnah Massal dan/atau; (6) memiliki sumber dana transaksi yang diketahui dan/atau patut diduga berasal dari hasil tindak pidana.

Tempat & Tanggal , /.../202...

Yang mengajukan klaim & membuat Pernyataan,

Tandatangan & Nama