

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 AJ Sequislife.
- WAJIB melampirkan dokumen & hasil-hasil pemeriksaan penunjang.
- Apabila penerima manfaat lebih dari satu, tambahkan informasi pada halaman dibalik ini.

**Saya yang bertanda tangan di bawah ini,**

Nama Lengkap :

No. KTP :

Alamat :

Kode Pos :

Nomor Telepon :  -  Handphone :  -

Email :

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 :  -

Email :

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 :

Demikian pengajuan klaim ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

,  /  /

Tanda Tangan dan Nama Jelas

PERNYATAAN PERSETUJUAN  
(Written Consent)

Yang bertanda tangan dibawah ini (*Herewith*) :

Nama / Name : \_\_\_\_\_  
Alias / Alias : \_\_\_\_\_  
Alamat / Address : \_\_\_\_\_  
No. KTP / ID Number : \_\_\_\_\_

Sebagai / as of\*  Tertanggung/Insured  Pemegang Polis/Policy Holder  Ahli Waris/Beneficiary dari :

\* 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 : \_\_\_\_\_  
Alias / Alias : \_\_\_\_\_  
Alamat / Address : \_\_\_\_\_

Dengan ini saya memberikan / I hereby :

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 Financial sehubungan dengan pengajuan klaim yang sedang diajukan.  
*Consent to the Physicians, Hospital, Clinic, Public Health Services, Insurance Company, Legal Institution, Individual or other Organizations, having record/information or know the existence/health Insured/Policyholders and provide the record or information to PT Asuransi Jiwa Sequis Financial relevant to the claim process*
2. Kuasa kepada PT. Asuransi Jiwa Sequis Financial untuk mendapatkan segala suatu tentang keterangan atau catatan medis dari Dokter, Rumah Sakit, Klinik, Puskesmas, Perusahaan Asuransi, Badan Hukum, Perorangan atau Organisasi lainnya.  
*Authorize to PT. Asuransi Jiwa Sequis Financial to gather all information/medical record from Physicians, Hospital, Clinic, Public Health Services, Insurance Company, Legal Institution, Individual or other Organizations to the diagnosis and/or health service provided*

Saya membebaskan PT. Asuransi Jiwa Sequis Financial serta pihak lain yang telah memberikan keterangan atau catatan tersebut dari segala tuntutan hukum.  
*I release PT Asuransi Jiwa Sequis Financial and other parties who have provided the information or notes from all legal litigation.*

Demikian surat pernyataan ini saya buat dan salinan fotokopi dari pernyataan ini sama sah dan berlaku seperti aslinya, bersifat dan mempunyai kekuatan hukum yang sama.  
*I certify that this statement is true and the photographic copy of this statement has the same legal force as the original*

Tempat & Tanggal ..... / ..... / .....  
Place & Date

Yang membuat Pernyataan/Certifier

Materai Rp. 6.000

\_\_\_\_\_  
Tandatangan & Nama  
Signature & Name