

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 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 :

Demikian pengajuan klaim ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

, / /

Tanda Tangan dan Nama Jelas

PUSAT LAYANAN NASABAH

Sequis Center Lantai Dasar Jl. Jend. Sudirman No.71 Jakarta 12190 Indonesia Telp. (62-21) 2994 2929 Fax. (62-21) 522 3260

www.sequis.co.id

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 Sequislife 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 Sequislife relevant to the claim process
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.
Authorize to PT. Asuransi Jiwa Sequis Life 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 Life serta pihak lain yang telah memberikan keterangan atau catatan tersebut dari segala tuntutan hukum.

I release PT Asuransi Jiwa Sequis Life and other parties who have provided the information or notes from all legal litigation.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dan salinan fotokopy 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