

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.

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.sequislife.com