

FORMULIR PENGAJUAN KLAIM CACAT TETAP DAN TOTAL

UNTUK MEMPERCEPAT PROSES KLAIM, SEMUA PERTANYAAN DI BAWAH INI HARUS DIJAWAB DENGAN BENAR, LENGKAP DAN JELAS

* berikan tanda "√" pada keterangan yang membutuhkan pilihan

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

NAMA LENGKAP : _____

ALAMAT : _____

NO. TELEPON (KANTOR,RUMAH,HP) : _____

HUBUNGAN DENGAN TERTANGGUNG : Anak Istri

Suami Lainnya : _____

Dengan ini mengajukan klaim Cacat Tetap dan Total dengan data sebagai berikut :

NO. POLIS : -

NAMA TERTANGGUNG : _____

ALAMAT : _____

NO. KTP : _____

TANGGAL/BULAN/TAHUN CEDERA : - -

SEBAB CACAT TETAP DAN TOTAL : Sakit Kecelakaan

Demikian Pengajuan Klaim ini saya buat dengan sebenar-benarnya, selanjutnya disampaikan kepada PT AJ. Sequis Financial, untuk memenuhi ketentuan dan persyaratan yang diperlukan dalam penyelesaian klaim.

PERNYATAAN PERSETUJUAN (CONSENT)

*Sehubungan dengan pengajuan klaim ini maka saya memberi kuasa kepada setiap dokter, rumah sakit, klinik, perusahaan asuransi atau perusahaan lainnya, badan, lembaga, atau orang lain yang mengetahui atau mempunyai catatan/riwayat kesehatan Tertanggung/Pemegang Polis, untuk memberitahukan kepada .PT AJ. Sequis Financial atau mereka yang diberi kuasa olehnya segala keterangan mengenai diri/kesehatan Tertanggung/pemegang polis
(Salinan fotocopy dari kuasa ini sama sah dan berlaku seperti aslinya, bersifat dan mempunyai kekuatan hukum yang tetap)*

Pembayaran agar dilakukan dengan :

Bilyet Giro Rp

Transfer ke:

Bank :

Cab. :

A/C :

A/N :

Kota :

Rp / US\$

Tempat & tanggal

yang mengajukan klaim

Materai Rp. 6.000,-

(.....)

nama jelas