

FORMULIR PENGAJUAN KLAIM KEMATIAN

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 : _____

mengajukan klaim kematian peserta Asuransi Jiwa Sequis Financial dengan data sebagai berikut :

NO. POLIS : -
 NAMA TERTANGGUNG : _____
 ALAMAT : _____
 NO. KTP : _____
 TANGGAL/BULAN/TAHUN KEMATIAN : - -
 SEBAB MENINGGAL : _____

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. : Kota :
 A/C : Rp / US\$
 A/N :

Tempat & tanggal.....
yang mengajukan klaim,

Materai Rp. 6,000,-

(.....)
nama jelas.